BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD DES BATIGNOLLES, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

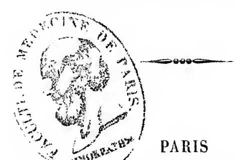
RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN HONORAIRE DES DISPENSAIRES,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME CINQUANTE-NEUVIÈME.



PARIS
CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, EDITEUR,
RUE THÉRÈSE, N° 4.

1860

ME

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de la phthisie pulmonaire à marche fébrile par le tartre stibié à doses rasoriennes longtemps continuées.

Par M. le docteur Fonssagrives, professeur à l'École de Brest.

Dans une note publiée par le *Bulletin de Thérapeutique* (numéro de juillet 1859), et ayant pour titre : *De la généralisation de l'emploi de la potion rasorienne dans toutes les maladies fébriles de l'appareil respiratoire*, j'ai signalé : d'une part, la tolérance remarquablement prolongée que présentent les malades auxquels on administre de l'émétique, tolérance qui peut se continuer pendant deux, trois mois et plus, sans préjudice ni pour les fonctions digestives, ni pour la nutrition ; d'une autre part, la possibilité de concilier l'administration de l'émétique entrant ainsi dans le régime ordinaire avec une alimentation copieuse et réparatrice ; enfin, la propriété qu'a cette médication, dans la grande majorité des cas, d'enrayer temporairement ou définitivement le travail de ramollissement tuberculeux, et de faire passer la phthisie de cette marche aiguë, dont le terme inévitable est la mort, à un état de chronicité apyrétique qui ouvre une phase d'utilité et d'opportunité aux moyens opposés d'habitude à la diathèse tuberculeuse, c'est-à-dire aux huiles de poisson, aux eaux minérales sulfureuses, aux balsamiques, au sel marin, etc.

A l'époque où je publiai ce travail, j'avais déjà réuni un nombre assez considérable de faits démonstratifs pour que ma conviction fût faite sur la certitude de ce résultat important, que l'observation de quelques-uns de mes confrères avait du reste déjà contrôlé et confirmé ; mais depuis, grâce à la fréquence de la phthisie pulmonaire sur notre littoral, et à la rapidité de sa marche dans ces condi-

tions climatériques, le champ sur lequel j'expérimentais s'est singulièrement élargi, et je puis, en l'atténuant plutôt qu'en l'exagérant, porter au moins à 100 le nombre des phthisiques que j'ai, tant à Cherbourg qu'à Brest, soumis à ce traitement. Quelques-uns de mes confrères, parmi lesquels je citerai particulièrement MM. Leroy de Méricourt et Lecoq, ont bien voulu, sur mes indications, recourir à cette ressource, et leur opinion est aussi arrêtée que la mienne sur l'extrême utilité de cette médication, dans une maladie dont l'incurabilité est aussi notoire que désespérante. Je ne me fais pas illusion, je le crois du moins, sur sa portée; elle n'est pas le moins du monde un spécifique de la consomption pulmonaire. Si j'ai le ferme espoir que l'hygiène doive arriver un jour à restreindre les progrès toujours croissants de ce fléau, quand ses conditions d'étiologie publique et individuelle auront été mieux analysées, quand le perfectionnement des procédés d'exploration aura permis de reconnaître avec certitude la phthisie avant la production de ses désordres graves, quand surtout l'envahissement progressif de la scrofule, à laquelle elle se rattache par une filiation qu'on ne saurait méconnaître, aura été arrêté par le perfectionnement de l'hygiène, qui a une action toute-puissante sur cette dyscrasie; si je ne doute pas, dis-je, que ce résultat ne soit promis à l'avenir, en revanche, je considère comme frappées par avance de stérilité toutes les tentatives qui se proposeront d'enrayer d'une manière sûre et définitive la tuberculisation pulmonaire. Que d'essais ont déjà été faits dans cette voie! Que de leurres, que d'illusions! Et combien est légitime, après tant d'insuccès et do promesses décevantes, le découragement sceptique qui s'est emparé des meilleurs esprits! Non, quand le dépôt de la matière tuberculeuse se sera opéré dans les mailles du tissu pulmonaire, quand le fait anatomique sera consommé, les ressources de la thérapeutique ne prévaudront jamais contre lui; mais isoler en quelque sorte ces tubercules du reste de l'économie, prévenir ou enchaîner leur tendance au ramollissement, dès qu'elle se traduira par quelques signes généraux, voilà ce à quoi la médecine peut prétendre aujourd'hui. Elle ne guérira pas les phthisiques plus qu'elle no les guérissait auparavant, mais elle les fera *durer*, elle retardera du même coup les accidents sympathiques généraux que le ramollissement, travail de nature évidemment phlegmasique, ne manquera pas de susciter; elle permettra de faire franchir aux phthisiques ces périodes de quinze à vingt ans et de trente à trente-cinq ans, qui sont tellement critiques chez eux, que leurs chances de longévité aug-

mentent d'une manière rassurante, quand ils ont échappé aux dangers qui y sont inhérents ; enfin elle parviendra, dans le plus grand nombre des cas, à ramener la phthisie à cette forme apyrétique et lente, qui ouvre à la nature et à l'art des ressources que la forme fébrile et aiguë lui interdit.

L'émétique, employé avec persistance et suivant les doses et les règles que je formulerai tout à l'heure, me paraît réaliser complétement les conditions de ce problème ; et depuis qu'il est entré dans ma pratique de tous les jours, je n'éprouve plus, en présence du traitement de la phthisie, ce découragement et ce dégoût qu'inspirent toujours la banalité des moyens thérapeutiques et la certitude avouée de leur inutilité. Le but de ce travail est bien moins de prendre possession d'une priorité ambitieuse que d'appeler l'attention des praticiens sur une médication nouvelle à opposer à la phthisie pulmonaire, et de provoquer un contrôle sévère, par l'observation d'autrui, des résultats que j'ai obtenus, et sur la valeur desquels il est d'un haut intérêt humanitaire que la science soit fixée le plus tôt possible. Si j'avais été susceptible d'illusions ou d'enthousiasme, dix-huit mois d'expérimentations assidues en auraient fait bonne justice; ces essais prolongés n'ont fait au contraire que me confirmer dans la conviction qu'il y a là un fait thérapeutique d'un caractère on ne peut plus sérieux, et j'espère que cette conviction sera partagée par tous ceux qui chercheront à le vérifier.

I. *Historique.* — En reproduisant les conclusions de l'article que je publiai l'année dernière, le savant rédacteur en chef de l'Union médicale faisait remarquer :

1° Qu'il y a au moins un demi-siècle, le docteur Lanthois préconisait l'emploi de l'émétique dans le traitement de la phthisie pulmonaire ;

2° Que M. Bricheteau l'avait également beaucoup vanté ;

3° Enfin, qu'il avait eu recours lui-même à l'emploi de la potion rasorienne, dans le traitement de la pneumonie partielle intercurrente, complication si habituelle de la phthisie. (Union médicale, 1859, p. 436.)

Quoique ces questions de priorité ne présentent qu'un intérêt de second ordre, je dois cependant avouer que j'ignorais ces sources avant qu'elles me fussent indiquées par mon éminent confrère ; mais qu'en les interrogeant après coup, j'ai acquis la certitude que, jusqu'ici, ni Morton, ni Bordeu, ni Lanthois, ni Giovanni de Vittis, ni Bricheteau lui-même n'avaient employé le tartre stibié dans le but que je me propose et sous les formes que j'indiquerai tout à

l'heure. Dire que l'émétique a déjà été préconisé dans le traitement de la phthisie, c'est à coup sûr émettre une idée que personne ne démentira; autant pourrait en être dit de la matière médicale tout entière, et quand les drogues les plus inoffensives ou les plus insignifiantes ont été successivement mises en pratique, il y aurait lieu de s'étonner que l'émétique eût été laissé dans l'oubli. Il est certainement très-probable qu'en se livrant à des recherches d'érudition plus étendues, on trouverait indiqué dans un grand nombre d'auteurs l'emploi de l'émétique. Mais ce qui constitue une médication nouvelle, c'est certainement beaucoup moins le choix du médicament qui en forme la base que son mode d'administration, ses doses, la durée de son emploi, le but que l'on en attend. Eh bien! sous tous ces rapports, on ne trouve dans les auteurs rien qui ressemble à l'emploi de l'émétique à doses rasoriennes et longtemps prolongées dans le traitement de la phthisie pulmonaire. On peut en juger plutôt :

Morton, au dire de Bricheteau, est le premier qui ait recommandé les *vomitifs*, oxymel scillitique ou vin béni, dans le traitement de la phthisie pulmonaire, mais pour débarrasser l'estomac quand il est dans un état de saburre (p. 207), c'est-à-dire qu'il remplissait ainsi une de ces indications communes, que la phthisie présente accidentellement comme toute autre maladie (1).

Reid préconisait aussi les vomitifs et préférait l'ipécacuanha (p. 208).

Sérand père, de Montpellier, donnait également l'émétique dans la phthisie pulmonaire, mais tous les deux jours, avec ou sans addition de manne; son but évident était d'obtenir un résultat évacuatif.

Bordeu, qui nous a transmis les détails de cette médication, rapporte, avec une verve toute méridionale et quelque peu railleuse, le différend singulier survenu entre Sérand père et fils : l'un, « bon homme, qui avait été instruit par de grands maîtres, » préconisait l'émétique; l'autre, « théoricien léger, qui savait par cœur et redisait continuellement tous les documents de l'inflammation, » ne songeait qu'à la saignée. Comme ils voyaient leurs malades ensemble, ils se faisaient, dit Bordeu, un échange reciproque de concessions, à la faveur duquel leurs phthisiques échappaient à la fois au tartre stibié et à la lancette. (Bordeu, *Recherches sur le tissu muqueux*, édition Richerand 1818, p. 794.)

Je n'ai pu me procurer l'ouvrage de Lanthois auquel me renvoie

(1) Valleix, *Guide du médecin praticien*, t. II, p. 446.

mon savant confrère ; mais il m'a été facile d'en apprécier les tendances et de me faire une idée de son traitement par le jugement qu'en porte Bricheteau (*Traité des maladies chroniques qui ont leur siége dans les organes de la respiration,* Paris, 1851, p. 208), et par l'analyse très-sensée et très-spirituelle que Bégin a insérée au sujet de ce livre dans le tome II du Journal de médecine, année 1818, p. 253.

Le livre de Lanthois n'inaugurait pas seulement une thérapeutique nouvelle, mais bien une pathogénie nouvelle de la phthisie pulmonaire, comme le prouve son titre : *Théorie nouvelle de la phthisie pulmonaire,* in-8° de 275 pages, Paris, 1815.

Franchement humoriste, il admettait un principe morbifique unique, dont l'une des altérations consistait dans l'épaississement, et il soutenait une théorie restaurée depuis et fort en honneur chez nos voisins d'outre-Manche, par laquelle on admet que le point de départ de la phthisie pulmonaire est dans le système de la veine porte. Pour débarrasser ce système des matières qui le surchargent et pour combattre cette tendance à la coagulation de l'humeur morbifique, de laquelle dérivait, suivant lui, la tuberculisation pulmonaire, il faisait choix du tartre stibié à titre d'incisif : « Cet agent assez subtil pour s'insinuer dans tous les *recoins* (sic), assez actif pour circuler dans tous les détours, assez vigoureux pour vaincre toutes les résistances..., c'est l'émétique. Pris à la dose de 1 grain, 1 grain 1/2, 2 grains au plus, dans 8 litres d'eau pure ou de forte décoction de tussilage, et formant ainsi la boisson habituelle du malade, il remonte le système des forces, facilite les digestions, agite et dissout les sucs dégénérés qui croupissent dans les premières voies, entretient la transpiration, facilite les mouvements excréteurs du centre à la circonférence; mais, sur toutes choses, il est fondant et résolutif au plus haut degré. »

Au reste Lanthois préconisait en même temps des pilules fondantes, des bouillons médicinaux de trèfle d'eau et de beccabunga, des lotions et bains aromatiques, un régime alimentaire sec et nourrissant, « principalement composé de harengs saurs, d'anchois, de jambon, de viandes fumées et salées, etc. »

Il serait difficile, on le voit, de trouver dans ce salmigondis doctrinal et thérapeutique l'idée de l'administration rasorienne du tartre stibié.

M. Bricheteau enfin recherchait évidemment l'action vomitive, comme le prouve 1° le fait qu'il allègue du courage qu'il faut aux malades pour supporter cette médication, 2° l'application qu'il fait

de la théorie de Carswell sur la tuberculisation à l'interprétation des succès de cette méthode.

Au reste, sa formule était celle de Giovanni de Vittis, médecin en chef de l'armée napolitaine :

« Nous donnons, dit-il, de 0gr,05 à 0gr,15 de tartre stibié dans une potion de 150 grammes d'eau ou d'infusion de sureau, avec addition de 30 grammes de sirop ; le malade en prend une cuillerée à bouche le matin et le soir, deux heures avant et après le repas ; il ajoute une seconde cuillerée quand le médicament ne produit ni nausées, ni vomissements (p. 211). »

Les observations relatées dans le chapitre XXIV de son livre montrent que cette méthode, dans laquelle il donnait l'émétique à des doses de quelques centigrammes, le remplaçait souvent par l'ipéca, le suspendait de temps en temps, à cause de la diarrhée, ne ressemble en rien à l'administration à hautes doses, prolongée longtemps et conduite de manière à amener le plus tôt possible la tolérance.

Un certain nombre de praticiens de nos jours ont employé également l'émétique, dans le traitement de la phthisie pulmonaire ; mais les uns à doses infinitésimales, à titre d'altérant, les autres à doses vomitives. M. Rufz a eu recours à cette pratique assez répandue dans la médecine anglaise et américaine, et je l'ai vue moi-même employée avec plus de persistance que de succès par un de mes anciens collègues, feu le professeur Raoul, qui maniait les médicaments avec une habileté et une énergie qu'il n'est donné qu'à un petit nombre d'égaler.

Je me suis étendu sur cet historique plus qu'il n'eût convenu peut-être, si la question n'avait pas été nouvelle et s'il n'avait pas été utile d'établir par des citations précises que le tartre stibié n'avait, antérieurement à mes essais, été donné que comme vomitif ou à titre d'incisif et d'altérant, et nullement pour enrayer le travail inflammatoire destructif qui signale toujours la période de ramollissement des tubercules pulmonaires.

II. *Modes d'administration.* — Le but de la médication étant d'éviter autant que possible toute perturbation digestive et en particulier les vomissements, il convient d'administrer l'émétique avec les précautions propres à amener presque d'emblée la tolérance rasorienne. L'association classique d'une préparation opiacée et d'une eau distillée aromatique, à des doses journalières de 0gr,30 à 0gr,20 de tartre stibié, permet, dans le plus grand nombre des cas, d'atteindre aisément ce résultat. Le véhicule de la potion peut être de

l'eau simple; mais quelquefois il m'a paru avantageux de la remplacer par une macération amère de quassia-amara, principalement chez les personnes dont l'estomac et l'appétit ont besoin d'être stimulés. J'ajoute aussi assez souvent une peu de digitale, soit sous forme de teinture alcoolique, soit sous forme de dissolution de 1 à 3 granules de digitaline, quand, ainsi que cela arrive souvent chez les tuberculeux, le cœur est très-excitable, et que l'énergie de ses battements fait pressentir l'imminence d'une hémoptysie. Les trois formules ci-après me paraissent, à la différence près des doses, remplir toutes les indications :

1° *Potion stibiée simple.*

Tartre stibié	0gr,20
Sirop diacode	15 ,00
Eau distillée de laurier-cerise	2 ,00
Sirop de fleurs d'oranges	15 ,00
Eau	120 ,00

2° *Potion stibiée amère.*

Tartre stibié	0 ,20
Sirop diacode	15 ,00
Sirop de gentiane	15 ,00
Macération do quassia-amara	1 ,00
Eau	120 ,00

3° *Potion stibiée sédative.*

Tartre stibié	0 ,20
Sirop diacode	15 ,00
Granules de digitaline	N° 2
Faites dissoudre dans l'eau	120gr,00

La première formule est celle que j'emploie le plus souvent, les deux autres répondent à des indications particulières. J'ai rarement porté au delà de 0gr,30 les doses journalières de tartre stibié; le plus souvent même, à moins que la fièvre ne soit vive et la réaction ardente, je m'en tiens à 0gr,20 par vingt-quatre heures, dose suffisante pour obtenir l'effet de sédation circulatoire et respiratoire que l'on recherche, et qui ne peut impressionner très-profondément l'économie. Quand la fièvre est définitivement arrêtée, je fais prendre une potion en deux jours, ce qui réduit à 0gr,10 seulement la dose du tartre stibié.

L'association de faibles quantités d'opium et d'une eau aromatique m'a paru prévenir en même temps et la révolte gastro-intestinale des premiers jours, et la répugnance nauséeuse que l'émétique seul ne manquerait pas de susciter. L'opium, dans cette

médication, agit par cette belle propriété *corrective* que les anciens lui avaient reconnue avec tant de sagacité, et à la faveur de laquelle il favorise la tolérance médicamenteuse, aussi bien pour le fer, le mercure et l'arsenic, que pour l'émétique.

La constipation qui survient assez habituellement chez les individus soumis à ce traitement peut-elle être attribuée en partie à la répétition minime mais journalière de ces doses d'opium ?

La potion est donnée par cuillerée à bouche, d'heure en heure, si les phénomènes qui précèdent l'assuétude ne sont pas trop violents, ou de deux heures en deux heures dans le cas contraire ; mais il vaut mieux presser un peu activement les doses au début, pour conquérir rapidement la tolérance, que de compromettre celle-ci par des ménagements intempestifs. Les premiers jours il faut cesser la potion une heure avant l'administration des aliments légers dont se composent les repas, et ne la reprendre qu'une heure après. Cette précaution, moins importante quand la tolérance sera complète et solide, devra néanmoins, autant que possible, être respectée. L'administration de la nuit n'est jamais aussi régulière ; dans les premiers temps surtout, trois cuillerées à bouche seront administrées entre le soir et le matin. J'ai vu assez rarement, il est vrai, une interruption totale de toute la nuit provoquée par le sommeil amener la cessation temporaire de la tolérance.

Une précaution qu'il est essentiel de prendre pour prévenir la pustulation stibiée de la gorge (accident que du reste je n'ai jamais rencontré, même après l'administration consécutive de 60 à 90 potions) consiste à engager le malade à se gargariser, après l'administration de la cuillerée médicamenteuse, avec quelques gorgées d'eau simple ou de tisane. L'absence d'accidents du côté de la gorge, après un si long usage de l'émétique, prouve que ces pustules viennent bien moins d'une saturation générale de l'économie que d'une action essentiellement topique.

L'atténuation graduelle des doses journalières doit être subordonnée à la marche des accidents fébriles ; résistent-ils, il faut maintenir ou même augmenter la dose du tartre stibié ; cèdent-ils au contraire, il faut abaisser la dose du médicament à 0gr,20 d'abord, puis à 0gr,10, quantité qui peut être maintenue sans nul préjudice pendant des mois entiers, et dont l'administration journalière n'apporte aucune entrave à la digestion d'une nourriture copieuse et réparatrice.

La dose totale d'émétique administré pendant un traitement varie entre 8 et 12 grammes, et la durée de ce traitement est d'un

mois et demi à trois mois. Le moment où il convient de le suspendre est indiqué par la chute complète de la fièvre et des accidents colliquatifs; mais il arrive parfois que la réapparition du mouvement fébrile oblige à y recourir de nouveau; on ne prolonge alors cette reprise du médicament que le temps strictement nécessaire pour venir à bout de cette recrudescence liée constamment à une nouvelle poussée du ramollissement.

La tolérance antimoniale une fois établie, il est fort difficile, si un embarras gastrique ou une bronchite intercurrente font surgir l'indication d'un vomitif, de pouvoir obtenir des vomissements en rapprochant les doses de la potion; j'ai constaté dans ces cas, et à plusieurs reprises, que la tolérance antimoniale ne s'oppose pas à l'action vomitive de l'ipéca, et que c'était à cet émétique qu'il fallait alors recourir. *(La fin au prochain numéro.)*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Considérations pratiques sur le pied creux valgus accidentel et son traitement par l'électrisation localisée.

Note lue à la Société de chirurgie, par M. le docteur DEBOUT, membre titulaire.

Dans l'étude des phénomènes de la nature on marche ordinairement du simple au composé : c'est souvent le contraire en médecine. Ce sont les cas pathologiques les plus complexes qu'on aborde, ce sont eux que l'on cherche à expliquer tout d'abord, comme si on voulait augmenter à plaisir les difficultés du problème. Ainsi, pour la genèse des pieds bots, au lieu d'étudier de préférence les déviations accidentelles, dans lesquelles l'attitude vicieuse est réduite à sa plus simple expression et se forme sous nos yeux, ce sont les déformations congénitales qui ont été surtout l'objet des recherches des auteurs. Aussi, malgré les travaux nombreux publiés sur ces difformités, combien de lacunes existent encore ! Plusieurs d'entre elles, surtout en ce qui concerne l'étiologie, si elles étaient comblées, permettraient d'augmenter le nombre de nos moyens de traitement.

Les manipulations, les appareils orthopédiques, la ténotomie, tels sont les seuls moyens dont l'art dispose en face des diverses déformations du pied. La thérapeutique dynamique n'intervient jamais, même lorsque l'attitude vicieuse est récente. Il y a en cela une lacune qu'il importe de combler.

Pour voir s'élargir immédiatement le champ de nos ressources,

il suffit de fixer son attention sur les cas de déviations dues à la contracture d'un seul muscle. Ces cas sont rares, je le sais, mais pas autant que le silence gardé par les traités spéciaux permet de le supposer. Ce sont surtout les médecins livrés à la pratique générale qui ont témoins de ces sortes de lésions, et, dès qu'ils sauront l'intérêt qu'il y a pour la science à ne plus voir ces faits passer inaperçus, nul doute que les observations analogues à celles que nous allons produire ne se multiplient.

Le torticolis, dû à la contracture du sterno-cléido-mastoïdien, était la seule déviation bien connue, car elle est loin d'être rare. Depuis que nous avons signalé avec notre confrère, M. Duchenne, le déplacement de l'omoplate consécutif à la contracture du rhomboïde, les faits se sont multipliés, au point qu'on ne prend plus aujourd'hui la peine de les recueillir. Il n'en arrivera pas de même pour la difformité du pied qui fait le sujet de cette note; les observations fournies n'en seront donc que plus précieuses (¹).

La contracture qui affecte les muscles du pied peut être primitive ou secondaire. Les contractures primitives reconnaissent pour causes les convulsions générales, la chorée (la chorée rhythmique surtout), le rhumatisme, les attitudes vicieuses du pied, etc. Les contractures secondaires sont la conséquence d'une paralysie partielle bornée à un seul muscle. Ces lésions doivent s'établir d'autant plus facilement que les sujets sont plus jeunes.

Le pronostic de ces déviations est peu grave, car la contracture musculaire se dissipe souvent d'elle-même, et c'est à cette circonstance qu'est dû, sans doute, le silence des auteurs. Cependant il n'en est pas toujours ainsi; lorsque la lésion persiste, comme la rupture dans l'équilibre des puissances musculaires, surtout de celles qui meuvent le pied, finit, quand elle dure longtemps, par provoquer des contractures secondaires, puis la rétraction des ligaments qui unissent les diverses pièces osseuses du tarse, il importe d'intervenir le plus tôt possible, afin de prévenir ces résultats.

Pour rétablir l'harmonie, il faut d'abord triompher de la contracture. La lésion consistant en un raccourcissement du muscle, on dut tout d'abord avoir l'idée de la combattre, soit par l'usage des manipulations, soit par l'emploi des appareils mécaniques, capables d'amener l'élongation du tissu musculaire. Ces notions, ainsi que les moyens de les remplir, se trouvent signalés déjà dans les écrits d'Hippocrate (*des Articulations*, t. IV de la traduction de M. Littré).

(¹) Voir au *Bulletin des hôpitaux* de cette livraison, p. 30.

Pendant longtemps la science moderne y avait ajouté seulement la construction d'appareils mécaniques plus puissants. La conquête de la médication électrique est venue ajouter au traitement du pied bot accidentel un moyen d'intervention de plus : la contracture artificielle du muscle antagoniste de celui qui est morbidement affecté.

Cette excitation des muscles antagonistes n'est pas une ressource thérapeutique nouvelle, puisqu'elle est inscrite depuis plus de soixante ans dans l'histoire de l'électricité médicale. On n'en trouve cependant aucune mention spéciale dans les ouvrages les plus récents et sur la médication électrique et sur le pied bot.

Voici deux faits à l'appui de quelques-unes des notions étiologiques et thérapeutiques signalées dans les lignes ci-dessus :

Obs. I. *Pied creux valgus par contracture du long péronier latéral, consécutive à une deuxième attaque de rhumatisme articulaire aigu.— Electrisation du muscle antagoniste. — Guérison.— Troisième récidive du rhumatisme articulaire aigu survenant un an après la cure. — Retour de la déviation du pied. — Essai infructueux d'un appareil inamovible. — Nouvelle faradisation du jambier antérieur. — Guérison.* — Thérésa Dupuis, malgré une constitution éminemment lymphatique, n'avait jamais été malade, lorsqu'en janvier 1856, à l'âge de treize ans, elle est affectée d'un rhumatisme articulaire aigu. Quoique toutes ses articulations fussent successivement envahies, celles du côté gauche présentèrent une tuméfaction beaucoup plus considérable. Un épanchement eut lieu dans la cavité pleurale gauche et dans le péricarde. La maladie fut longue; elle ne dura pas moins de cinq mois. Vers la fin de la convalescence, dans le mois d'août, les règles parurent pour la première fois, sans provoquer aucun accident; elles revinrent très-régulièrement toutes les trois semaines. Cette première atteinte de rhumatisme avait laissé, malgré l'emploi répété de larges vésicatoires et l'usage interne du nitrate de potasse à haute dose, des palpitations et des essoufflements. Ceux-ci diminuaient sous l'influence de l'usage continu de la digitale, mais pour reparaître dès qu'on cessait le médicament. L'établissement de la fonction menstruelle n'amena aucune amélioration dans l'état du cœur. Thérésa put reprendre ses occupations habituelles, peu fatigantes, la couture.

Deux années plus tard, le 13 janvier 1858, une première récidive du rhumatisme articulaire aigu eut lieu; la maladie fut aussi intense qu'en 1856, et envahit successivement toutes les articulations; mais cette fois ce furent les articulations du côté droit du corps qui présentèrent la tuméfaction la plus considérable.

La malade ayant ses règles, son médecin, M. Berlemont, la traite de nouveau par le nitrate de potasse à hautes doses. Deux jours après, l'écoulement menstruel disparaît, et dès ce moment les accidents de l'endocardite augmentent d'intensité. Lorsque le rhumatisme fut à son apogée, des complications survinrent; seulement,

au lieu d'envahir de nouveau la séreuse thoracique, ce fut le tissu musculaire.

Les muscles de la partie postérieure du cou furent les premiers atteints, et leur contracture portait la tête fortement en arrière et rendait tout mouvement impossible. Vinrent ensuite quelques-uns des muscles de la partie externe et postérieure de la jambe droite.

Vers la fin du troisième septénaire, le gonflement des articulations disparut peu à peu; il n'en fut pas de même de l'affection musculaire. La contracture, surtout celle du long péronier latéral, d'intermittente qu'elle était au début, devint permanente, et quinze jours plus tard, lorsque la malade put commencer à se lever, elle s'aperçut pour la première fois que non-seulement sa tête, mais encore son pied droit, étaient déviés de leur attitude naturelle; le spasme du long péronier maintenait le pied dans une abduction forcée, avec exagération de la voûte plantaire.

Le 2 juin, lorsque j'arrivai à la campagne, cette jeune fille me fut amenée, et je pus constater une chloro-anémie très-prononcée, une aggravation notable des lésions du cœur, un torticolis postérieur et un pied creux valgus accidentel.

N'ayant pas d'appareil électrique à ma disposition, et devant rester seulement quelques jours, je dus me borner à combattre l'état général. Je prescrivis une pilule de 20 centigrammes de pyrophosphate de fer à prendre au début des deux principaux repas, l'exposition au soleil, puis l'alimentation la plus riche possible, ce qui n'est pas beaucoup dire, en présence des ressources précaires des familles pauvres de nos campagnes. Quinze jours après l'emploi de ce traitement, la menstruation, qui avait cessé depuis cinq mois, se rétablit spontanément, mais, les cent pilules prises, on cessa la médication, et les règles ne vinrent pas le mois suivant.

Le 18 juillet, à mon retour, je fais venir la malade : je m'étais muni d'un petit appareil de MM. Legendre et Morin. Comme je sais par expérience l'influence que l'électrisation exerce sur le retour de la fonction menstruelle, je ne me hâtai pas de revenir à l'usage des ferrugineux. J'étais certain que le traitement que j'allais mettre en œuvre pour triompher des contractures musculaires aurait encore pour résultat de rappeler les règles, ce qui arriva en effet. Après la troisième séance de faradisation, la fonction se rétablissait.

Le procédé d'électrisation ne fut pas le même pour les deux difformités, le torticolis et le pied bot. Les muscles de la région postérieure du cou, les trapèzes et surtout les splénius, n'étaient pas seulement contracturés, mais encore douloureux; aussi le courant d'induction, à intermittences rapides, fut d'abord localisé dans le tégument. Lorsque l'excitation électro-cutanée eut fini par dissiper la sensation douloureuse des muscles contracturés, j'agis sur ces muscles en imprimant des mouvements à la tête à l'aide de la main.

Je reviendrai plus tard et en détail sur cette partie de l'observation et veux me borner, pour aujourd'hui, au but de cette note, la cause de la déviation du pied en dehors, et surtout les bons effets de l'électrisation du jambier antérieur comme moyen de triompher

promptement de la contracture de son muscle antagoniste, le long péronier latéral.

Nous avons dit que le pied de Thérésa était renversé en dehors ; mais ce qui frappait le plus dans la difformité, c'était l'exagération de la voûte plantaire. Cette voussure était due surtout à l'abaissement de la tête du premier métatarsien, partie de l'os à laquelle vient s'insérer le tendon du long péronier latéral. La contracture de ce muscle n'avait donc pas seulement pour résultat de produire un pied bot *valgus*, mais encore un valgus *pied creux*, variété non décrite (que nous sachions du moins), mais que M. Duchenne avait pressentie dans son beau mémoire sur les fonctions des muscles du pied.

Venaient ensuite les déplacements secondaires. Ainsi l'avant-pied présentait un mouvement de torsion sur l'arrière-pied, qui était dévié lui-même, de sorte que le pied, étant placé sur un plan horizontal, reposait sur le bord interne par les deux extrémités de sa voûte, c'est-à-dire le talon et la tête du premier métatarsien, que l'on désigne quelquefois sous le nom de *talon antérieur*. Quant au bord externe du pied, surtout au niveau des orteils, il restait à une assez grande distance du sol, puisque le mouvement de torsion, nous venons de le dire, portait spécialement sur l'avant-pied.

Le pied étant renversé en dehors, et le mouvement d'abduction se passant dans l'articulation calcanéo-astragalienne, ce dernier avait pour résultat d'augmenter la saillie de la malléole interne. C'était le contraire pour la malléole externe.

Cette déviation du pied, et surtout l'augmentation de la voussure plantaire, étaient, d'après les nouvelles recherches de M. Duchenne, le résultat de la contracture du long péronier latéral. Lorsqu'un fait nouveau se produit dans la science, il est de notre devoir de profiter de toutes les occasions qui se présentent pour en vérifier l'exactitude. Dans l'espèce, l'intérêt était plus grand encore, puisque de la localisation de la contracture dans le long péronier découlait son traitement par l'électrisation du muscle antagoniste.

Voici ce que nous avons fait pour nous convaincre de la réalité de l'assertion de notre sagace confrère. Nous avons commencé par soumettre le jambier antérieur à l'action d'un courant à intermittences rapides, ce qui eut pour résultat de ramener le pied à son attitude normale; appliquant alors l'extrémité d'un doigt sur la tête du premier métatarsien, chaque fois que le courant électrique cessait d'agir, mon doigt était repoussé avec force et le pied creux reparaissait. A cette preuve tirée de l'action du muscle, je dois ajouter celle tirée de la saillie du tendon du muscle long péronier latéral qu'on constatait en arrière de la malléole externe. Cette saillie était due exclusivement à la contracture de ce seul muscle, car elle ne se prolongeait pas en avant dans la direction du dernier métatarsien auquel s'attache le tendon du court péronier latéral. Pour contre-épreuve, nous soumîmes ce dernier muscle à l'action d'un courant à intermittences rapides, et nous vîmes immédiatement son tendon se tendre et soulever la peau. Ce jeu du tendon est plus sensible encore lorsqu'on applique le doigt sur la région.

Du reste, alors que la déviation serait due à la contracture des deux péroniers, l'indication n'en resterait pas moins la même au point de vue de l'intervention de la thérapeutique électrique, et la faradisation du jambier antérieur en triompherait également. Notre malade va nous en fournir la preuve.

La première séance d'électrisation eut lieu le jour même de mon examen, le 18 juillet; elle ne dura pas moins d'une demi-heure pour le traitement des deux lésions; je dus commencer par combattre à l'aide de la faradisation cutanée les douleurs assez vives que la malade ressentait dans la région du cou et celle du pied. C'était le meilleur moyen de lui donner confiance dans l'emploi de la médication nouvelle, car le soulagement est immédiat et va en augmentant chaque jour de durée. Aussi, après la troisième séance, les douleurs musculaires disparaissaient chez ma malade pour ne plus reparaître spontanément. Doit-on attribuer une partie de ces bons effets au retour des règles, qui étaient en retard depuis le 12 juin? C'est possible. Mais la faradisation cutanée n'a plus à faire ses preuves, comme traitement des douleurs rhumatismales.

Il me restait à triompher de la contracture. Pour celle des muscles de la région postérieure du cou, il m'a suffi d'imprimer à la tête des mouvements d'oscillation d'avant en arrière, et de les produire de plus en plus étendus, sans toutefois aller jusqu'à provoquer des douleurs trop intenses.

Quant à la déformation du pied, elle ne pouvait céder à une manœuvre aussi simple. Il était difficile avec les mains d'imprimer à cette extrémité du membre un double mouvement d'extension et d'abduction assez étendu pour agir sur le long péronier latéral, et surtout de le pouvoir répéter assez longtemps pour triompher de la contracture de ce muscle. Employer pour cela un appareil à pied bot, c'eût été imposer à la famille un sacrifice au-dessus de ses ressources. Il ne me restait donc qu'à mettre en œuvre la médication électrique et à provoquer une contracture artificielle du jambier antérieur, plus intense que celle subie par le péronier, de façon à transformer l'attitude du pied et à substituer un varus temporaire au valgus accidentel.

Ce résultat ne fut pas obtenu dès la première séance, car le jambier antérieur avait perdu une bonne partie de sa contractilité électro-musculaire. J'eus donc à réveiller cette propriété du muscle, à l'aide des courants à intermittences rapides. Il me fallut environ quinze séances avant d'avoir ramené la contractilité du jambier d'une manière assez énergique pour provoquer une contracture artificielle et détruire l'attitude vicieuse du pied.

Après les trois premières séances, alors que les douleurs ressenties au niveau de l'articulation calcanéo-astragalienne avaient beaucoup diminué, et quoique la contracture du péronier persistât, la malade commença à marcher sans trop de fatigue. Elle put même le faire pendant toute la durée du traitement. Nul doute que si cette fille eût gardé le repos, surtout au début des électrisations, la guérison de son pied bot n'eût été plus rapide. Toutefois, c'était un des avantages de cette médication, que non-seulement elle affranchis-

sait la famille des frais d'un appareil mécanique, mais encore qu'elle permettait à la malade de vaquer à ses occupations.

A partir de la quinzième séance, la contractilité électro-musculaire du jambier antérieur reparut chaque jour d'une manière plus énergique, et, à la vingtième, je pus cesser le traitement : le pied avait repris son attitude normale.

J'eus l'occasion de retourner à la campagne dans le courant du mois de janvier 1859, et de constater que la guérison se maintenait. Elle ne devait pas être de longue durée.

Deux mois plus tard, le 15 mars, Thérésa subit une seconde récidive de son rhumatisme articulaire aigu ; comme dans les deux attaques précédentes, la maladie affecte successivement toutes les articulations et envahit même le cœur, déjà malade. Le nitrate de potasse à haute dose et les vésicatoires furent simultanément employés. Malgré ce traitement, c'est à peine si deux mois après la convalescence s'établissait, et elle dura longtemps.

Dans les premiers jours du mois de juillet 1859, à mon arrivée à la campagne, Thérésa vient me trouver et me raconte les faits ci-dessus, qui me furent confirmés plus tard par son médecin. Elle ajoute que, vers le second septénaire de son rhumatisme, les douleurs se sont montrées de nouveau dans les muscles de la partie postérieure du cou, et que pendant plus d'un mois elle a dû rester aussi immobile dans son lit qu'à sa précédente attaque; qu'enfin, au bout de trois mois, son torticolis s'était dissipé peu à peu, mais qu'il n'en était pas de même de la déformation de son pied : celle-ci avait reparu à peu près à la même époque que le torticolis, alors que les articulations du genou et celle du cou-de-pied étaient le plus tuméfiées et douloureuses; qu'en même temps que l'attitude vicieuse du pied se reproduisait, elle ressentait des tiraillements le long de la partie externe de la jambe jusqu'au niveau de la tête du péroné, direction du long péronier latéral; que la déviation avait augmenté peu à peu; aussi, lorsqu'elle était entrée en convalescence, elle ne put poser le pied à terre et encore moins marcher.

Lorsque j'examinai le pied, je trouvai le valgus presque aussi prononcé que l'année précédente, et présentant les mêmes caractères : exagération de la voûte plantaire, saillie du tendon du long péronier en arrière de la malléole externe, mouvement de torsion de l'avant-pied sur l'arrière-pied. Il était impossible de ramener le pied à son attitude normale, tant la manipulation provoquait de douleurs au niveau de l'articulation calcanéo-astragalienne.

La cure spontanée du torticolis m'engagea à ne pas agir tout de suite contre la déviation du pied. Un mois et demi plus tard, le 18 août, la difformité persistant au même degré, je tentai l'emploi d'un appareil inamovible fait avec deux plaques de gutta-percha, appareil qui donne d'excellents résultats dans le traitement du pied bot chez les enfants nouveau-nés.

Pendant un mois le pied fut maintenu dans sa position normale, sans autre résultat que de rendre la marche plus facile. Ne voulant pas prolonger davantage cette tentative, j'engageai le médecin de Thérésa, M. Berlemont, à reprendre le traitement par l'électrisation

localisée du jambier antérieur, ainsi qu'il me l'avait vu faire l'année précédente. La première séance eut lieu le 20 octobre, et, après la treizième, le pied avait son attitude normale.

M. Berlemont eût voulu, pour assurer cette cure, continuer encore quelques jours ses électrisations, mais la malade s'y refusa. Trop souvent, en effet, nos gens de campagne sont aussi pauvres d'esprit que de bourse, et ils croiraient vous faire un trop grand sacrifice, en vous permettant d'assurer l'œuvre que vous avez entreprise par pure charité. Heureusement pour cette fille, sa cure s'est maintenue, et aucune nouvelle rechute n'est venue cette année rappeler les anciens accidents.

Les cas de récidives aussi nombreuses de rhumatisme articulaire aigu ne sont pas rares dans la science ; ce qui l'est davantage, ce sont les faits de contracture persistant au point d'entraîner une déviation de la portion du squelette à laquelle ces muscles viennent prendre leur point d'attache. J'en ai cherché en vain des exemples dans les traités spéciaux consacrés au traitement du pied bot, ainsi que dans l'ouvrage de Requin sur le rhumatisme.

L'intérêt le plus grand de cette observation est l'action curative exercée par la faradisation du jambier antérieur sur la contracture du long péronier latéral. La répétition du fait thérapeutique, à une année d'intervalle, ne saurait laisser aucun doute sur la valeur de cette médication.

En voici d'ailleurs un nouvel exemple, que nous empruntons à une communication faite à la Société de chirurgie par M. Duchenne.

Obs. II. *Pied creux valgus par contracture du long péronier latéral, consécutive à une chorée. — Faradisation du muscle antagoniste. — Manipulations du pied.* — Eugénie Dickmann, âgée de neuf ans, est affectée en mai 1857 d'une chorée. La maladie fut peu intense et céda en vingt jours à l'emploi des exercices gymnastiques. Toutefois les parents ne tardèrent pas à s'apercevoir que le pied gauche se déviait et tournait un peu en dehors. Mais comme l'enfant n'éprouvait aucune douleur, ni aucune gêne dans la marche, ils n'y attachèrent aucune importance. Cependant, la déformation du pied s'aggravant progressivement, ils se décidèrent enfin, en mai 1858, à conduire leur fille à l'hôpital des Enfants malades. M. Bouvier, après avoir constaté la nature de la difformité et sa cause, avant d'appliquer un appareil orthopédique, adressa la jeune fille à M. Duchenne; il pensait que notre confrère verrait avec plaisir un fait pathologique qui venait confirmer une des déductions qu'il avait tirées de son étude des fonctions des muscles de la jambe. Après avoir constaté l'existence d'un pied creux valgus, par contracture du long péronier latéral, M. Duchenne, à qui je venais de raconter le fait ci-dessus, désira expérimenter à son tour l'influence thérapeutique de la faradisation du muscle antagoniste, le jambier

antérieur, sur cette sorte de déviation du pied. Nous ne reproduirons pas la description de l'attitude du pied, elle ferait un double emploi avec celle donnée dans l'observation précédente ; les caractères étaient exactement les mêmes.

M. Bouvier s'étant empressé de céder au désir exprimé par M. Duchenne, celui-ci débuta dans son traitement par la faradisation du jambier antérieur avec le courant de la première hélice et avec des intermittences rapides. Deux séances avaient lieu par semaine ; au bout de deux mois environ, M. Duchenne avait réussi par ce moyen à faire cesser la contracture du long péronier ; mais comme le pied était encore maintenu par des résistances ligamenteuses, effet de l'attitude vicieuse trop longtemps conservée, il résolut de les combattre par une sorte de reboutage rationnel.

La face interne de la jambe reposant sur un plan solide, il exerça sur la face dorsale et externe du pied des pressions progressivement croissantes et dirigées dans un sens inverse de la déviation du pied. En peu de temps, sous l'influence de ces manipulations, le pied fut ramené dans l'adduction, mais ce ne fut pas sans provoquer quelques douleurs ; car, pendant ces efforts, on perçut des craquements, suite sans doute des déchirures des parties ligamenteuses rétractées. Après la séance de manipulation, l'enfant fut mis au lit et la réduction du pied maintenue en plaçant sur la face externe et dorsale du pied une cravate aux extrémités de laquelle était attaché un poids, qu'on augmentait graduellement, pendant que la jambe reposait sur un plan horizontal. Cette attitude devait être conservée aussi longtemps que possible.

Depuis lors, le pied creux valgus ne s'est pas reproduit, bien qu'aucun appareil contentif n'ait été appliqué.

La déviation du pied, quoique des plus prononcées, n'a provoqué dans ce cas aucune douleur, ni même occasionné le plus léger trouble dans la marche, tandis qu'il en était autrement chez le sujet soumis à notre observation. Chez notre malade, une douleur permanente existait au niveau de l'articulation calcanéo-astragalienne, et seulement du côté externe. La douleur augmentait pendant la marche, et surtout lorsqu'on cherchait à ramener le pied à son attitude normale.

Une autre remarque doit avoir trait aux manœuvres opératoires employées par M. Duchenne pour triompher des résistances ligamenteuses. Ces manœuvres eussent été mieux appliquées au début du traitement ; M. Duchenne a craint sans doute qu'on ne leur attribuât l'amélioration survenue dans l'état de sa malade. Toutefois cette conduite ne serait pas à imiter ; la première indication est de triompher mécaniquement des obstacles mécaniques, et, si ce temps du traitement devait être trop douloureux, de soumettre la jeune malade aux inhalations anésthésiques.

La contracture du long péronier, qui, chez le sujet de notre ob-

;ervation, était la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, succédait, dans le cas de la malade de M. Duchenne, à une chorée. Il est à regretter que ni M. Bouvier, ni M. Duchenne, n'aient été témoins de la maladie première ; ils eussent pu nous apprendre si les mouvements choréiques avaient été plus intenses dans le membre affecté plus tard du pied bot. Dans le cas de torticolis, suite de chorée rhythmique, que nous avons publié dans ce journal, t. XLIX, p. 61, la contracture s'est manifestée dans les deux muscles atteints de spasmes. Le mouvement spasmodique des sterno-mastoïdiens et splénius avait diminué progressivement et s'était transformé en un spasme continu de ces mêmes muscles, et c'est alors seulement que la contracture a été bien établie que nous avons pu en triompher à l'aide de la faradisation des muscles antagonistes.

Le rhumatisme articulaire aigu et la chorée, surtout la chorée rhythmique (car alors l'affection est plus localisée), doivent donc être rangés désormais au nombre des causes qui peuvent produire la contracture musculaire, et partant les déviations du squelette.

Les faits de torticolis et de pieds bots guéris par les excitations électriques localisées dans les muscles antagonistes de ceux contracturés, que nous avons publiés, ne peuvent laisser aucun doute sur la valeur de ce traitement.

Ayant à faire la preuve de la médication nouvelle, nous avons dû ne faire intervenir dans l'intervalle des séances d'électrisation l'action d'aucun autre moyen, et notre conduite devra être imitée toutes les fois qu'il s'agira de traiter des malades pauvres. Nos cures eussent été probablement plus promptes encore, si, dans l'intervalle des séances d'électrisation, nous avions maintenu le pied dans son attitude normale à l'aide d'un appareil mécanique.

Les muscles antagonistes étant sains peuvent être soumis impunément à l'action de courants à intermittences rapides. Si la contracture était secondaire et consécutive à la paralysie de ces muscles antagonistes, il n'en serait plus de même : ce serait aux intermittences lentes qu'on devrait recourir de préférence ; nous en fournirons la preuve dans un prochain travail.

Les faits que nous venons de produire présentent de l'intérêt à un triple point de vue :

1° Le fait de *pieds bots dus à la contracture d'un seul muscle*. La fréquence du pied creux valgus semble même démontrer que, de même que parmi les muscles du cou c'est le sterno-mastoïdien, puis le splénius, qui sont le plus souvent affectés, de même le triceps sural, puis le long péronier latéral, semblent être ceux des muscles du

pied qui se contracturent le plus facilement. 2° *Etiologie*. Cette contracture survient à la suite des affections convulsives, surtout la chorée, puis le rhumatisme articulaire aigu, etc. 3° *Thérapeutique*. Enfin, au point de vue de l'intervention de l'art, les faits produits mettent en lumière les bons effets de l'excitation électrique localisée dans le muscle antagoniste du muscle affecté, le jambier antérieur.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formule d'une potion contro-stimulante contre les suffusions séreuses et les pneumonies.

Lorsque les suffusions séreuses intra-thoraciques et même les pneumonies ne cèdent pas à l'emploi des purgatifs, des vésicatoires, de la digitale ; de même, lorsque la résolution des pneumonies tarde à se faire, après l'usage des saignées et des vésicatoires M. le docteur Hiard dit qu'il recourt avec un grand succès à la potion suivante :

PR. Teinture de digitale............	15 gouttes.
Teinture de castoréum.........	25 gouttes.
Camphre dissous..............	30 à 40 centigrammes.
Eau de fleurs d'oranger........	30 grammes.
Eau de menthe poivrée........	30 grammes.
Sirop d'orgeat................	60 grammes.

à prendre par trois ou quatre cuillerées chaque jour.

Dans quelques circonstances, dans les suffusions séreuses surtout, M. Hiard double la dose de camphre et augmente d'un tiers la dose des teintures de castoréum et de digitale. Ce médecin ajoute qu'il a essayé chacune de ces trois substances séparément, et qu'il n'a pas obtenu de résultats aussi concluants que par leur réunion.

De l'essence d'amandes amères comme moyen de désinfecter et de parfumer l'huile de foie de morue et l'huile de ricin.

Huile de foie de morue.

M. Grimault signalait récemment dans ce journal l'emploi que l'on pouvait faire de la nitro-benzine pour désinfecter ou mieux pour parfumer l'huile de foie de morue. L'action physiologique encore peu connue de cette substance nouvelle engage le professeur de thérapeutique de l'Ecole de Bordeaux à remplacer la nitro-benzine par des composés prussiques.

Après de nombreuses expériences, M. Jeannel a constaté les résultats suivants : 1° L'huile essentielle d'amandes amères, à la dose

de 5 décigrammes pour 100 grammes, fait disparaître l'odeur nauséeuse et la saveur de poisson de l'huile de foie de morue la plus infecte. La dose d'huile essentielle nécessaire pour obtenir un résultat complet est variable comme la fétidité de l'huile. 2° 6 centigrammes d'acide cyanhydrique anhydre dissous dans l'eau suffisent pour désinfecter 100 grammes d'huile de foie de morue, mais ne la parfument point. 3° L'eau distillée de laurier-cerise lui a paru le meilleur moyen d'obtenir le résultat désiré. Il suffit d'agiter fortement dans un flacon l'huile de foie de morue avec une ou deux fois son volume d'eau distillée de laurier-cerise, selon la richesse de celle-ci et selon le degré d'infection de l'huile, puis de séparer les deux liquides au moyen d'un entonnoir, après quarante-huit heures de repos. Si l'huile ne s'est pas bien clarifiée d'elle-même, il faut la filtrer au papier pour l'avoir limpide (1). L'huile brune infecte acquiert, par cette simple opération, un parfum extrêmement doux et une saveur agréable d'amande ; cette saveur reste dans la bouche, tant que dure la digestion. On peut ajouter à cette huile ainsi désinfectée un cinquième ou même un quart de son poids d'huile de foie de morue ferrée contenant 1 pour 100 d'oxyde ferrique, sans que l'odeur et la saveur de cette huile ferrée se communiquent trop fortement au mélange.

Depuis un mois, de nombreux malades ont consommé l'huile de foie de morue désinfectée, soit par l'eau distillée de laurier-cerise, soit par l'essence d'amandes amères, sans que les effets ordinaires du médicament aient paru modifiés. La dose en a été portée successivement jusqu'à 100 grammes par jour, sans qu'il ait été possible de rien observer de défavorable à l'emploi de cette huile, qui sera désormais acceptée même par les malades les plus difficiles à médicamenter.

Huile de ricin.

La préparation de l'huile de ricin est loin d'offrir dans les officines de province la perfection que présentent tous les produits fournis par nos pharmacies parisiennes. Nous en trouvons la preuve dans l'envoi d'échantillons que nous fit, il y a quelques mois, un médecin de Bollène, M. le docteur Augier. Cette huile, préparée par M. Barthélemy, d'après un nouveau procédé découvert par M. Augier, est complétement incolore et sans saveur, mais elle ne fait que rivaliser avec les produits employés journellement à Paris.

---

(1) Il est important de faire observer qu'aucun de ces procédés ne fait disparaître la saveur âcre résultant de la rancidité des huiles. On comprend que la rancidité est fort différente de l'odeur et de la saveur de poisson.

Nous acquérons une nouvelle preuve de la diversité des produits par l'article précédent. M. Jeannel signale l'addition du composé prussique comme masquant le goût nauséeux de l'huile non préparée à froid.

Trois gouttes d'essence d'amandes amères, dit ce professeur, communiquent un parfum et une saveur agréables à 100 grammes d'huile de ricin nauséeuse du commerce. L'action purgative n'est point altérée. Cette légère addition rend facile l'administration de cet excellent purgatif, contre lequel se révolte la répugnance d'un si grand nombre de malades.

Formules modèles pour l'emploi thérapeutique de la créosote.

La créosote, vantée outre mesure lors de son introduction dans la thérapeutique, est peu à peu tombée dans l'oubli. Le rapport que fit Martin-Solon sur les nombreux travaux adressés à cette époque à l'Académie de médecine aurait dû préserver cette substance d'un tel dédain, car les conclusions de notre regretté confrère reposaient non-seulement sur les essais des autres, mais encore sur de nombreuses expériences cliniques faites à l'hôpital Beaujon. M. le docteur Guibert, de Louvain, dans un intéressant travail sur les nouveaux médicaments introduits dans la thérapeutique depuis 1830, ermine son article sur la créosote par les formules suivantes :

Potion créosotée (Ebers).

Créosote.............................	2 à 4 gouttes.
Mucilage de gomme arabique............	50 grammes.
Emulsion de pavot blanc................	150 grammes.
Sucre blanc...........................	4 grammes.

M. A prendre par cuillerée à bouche, toutes les deux heures, dans la bronchite chronique et la phthisie.

Pilules (Pitschaff).

Créosote................................	5 gouttes.
Ciguë...................................	20 centigrammes.
Magnésie et mucilage....................	Q. S.

F. S. A. 9 pilules argentées, 3 par jour, contre les vomissements des femmes enceintes.

Baume acoustique (Bouchardat).

Alcool de mélisse comp.............	10 grammes.
Huile d'amandes douces..............	20 grammes.
Fiel de bœuf........................	40 grammes.
Créosote...........................	10 gouttes.

Mêlez. A prendre dans les otorrhées.

Eau créosotée (Lebert).

Créosote......................	1 à 4 grammes.
Eau..........................	1,000 grammes.

Lotions contre les brûlures, les ulcères putrides et cancéreux.

Glycérine créosotée (Guibert).

Glycérine..........................	125 grammes.
Créosote...........................	12 gouttes.

Dans le pansement des plaies et des ulcères, en imbiber la charpie et recouvrir d'une compresse trempée dans le même mélange.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Extraction d'une épingle à cheveux introduite dans le canal de l'urètre.

L'extraction des corps étrangers introduits accidentellement dans nos tissus est quelquefois un des problèmes les plus ardus que la pratique courante puisse venir nous poser; aussi le *Bulletin de Thérapeutique*, fidèle à sa mission, enregistre-t-il avec soin les divers exemples qui se produisent, ainsi que les procédés mis en œuvre pour triompher des difficultés. Grâce à cette vulgarisation, j'ai pu extraire récemment, et avec la plus grande facilité, une épingle perdue dans le canal de l'urètre. Je vous adresse ce fait, car il est certaines pratiques qu'il est utile de remettre de loin en loin sous les yeux des confrères qui débutent.

Le 7 juin dernier se présente à mon cabinet un terrassier employé aux travaux du port, qui paraissait dans la plus grande anxiété, et qui marchait lentement et avec précaution. Après avoir écouté pendant quelques minutes des explications à peu près incompréhensibles, je me trouvai sur la voie et me livrai à une interrogation, dont je puis ainsi résumer les détails :

Une heure avant de venir me consulter, cet homme usait d'un procédé de masturbation, qui, pour n'être pas nouveau, n'en est pas moins dangereux ; il se servait d'une épingle à cheveux simple introduite dans le canal. L'épingle ne devait pas être très-bien sentie par des doigts habitués à manier le manche de la pelle et le bras d'une brouette, aussi elle ne tarda pas à s'échapper et disparut au fond du méat. Pendant plus d'une demi-heure, l'individu se livra

à des manœuvres réitérées pour se débarrasser du corps de délit; mais à chaque fois qu'il poussait l'épingle en avant, un vif sentiment de piqûre dans le gland l'arrêtait : effrayé, il se décida à réclamer le secours d'un médecin.

Je le fis étendre de suite sur un fauteuil spéculum, et je commençai l'exploration du canal, en partant de la marge de l'anus. A environ 2 ou 3 centimètres de l'ouverture anale, je sentis sous mon doigt un corps dur, rond, environ de la grosseur d'un petit pois; je poussai en avant et en haut avec précaution, le sujet accusa une vive sensation de piqûre dans le gland. Avant de faire une boutonnière au canal, la forme du corps étranger m'engagea à tenter un procédé d'extraction dont j'avais lu la description dans ce journal.

Poussant donc avec assez de force la tête de l'épingle en avant et en haut, je pliai brusquement la verge sur le ventre : la manœuvre réussit en partie, la pointe de l'épingle vint faire saillir à la peau, à la réunion de la verge au scrotum, à 2 ou 3 millimètres en dehors et à gauche de la ligne médiane.

Maintenant la tête, ou plutôt continuant à la pousser dans le même sens, je fis une pression brusque sur les téguments et la pointe se fit jour; je la saisis avec une pince à verrou, je tirai doucement au dehors jusqu'à ce que je sentisse une légère résistance. Déprimant alors les parties molles, je fis basculer l'épingle la pointe vers l'anus, puis je la repoussai peu à peu de bas en haut, sentant la tête cheminer d'autant vers le méat, par lequel je ne tardai pas à la faire sortir, en portant la verge en arrière, pour diminuer la longueur du canal. En même temps que l'épingle, il sortit environ une cuillerée à café de sang. Je prescrivis un bain, le repos, la diète, de la tisane de graine de lin.

L'individu n'étant pas revenu chez moi, j'ai été obligé de me mettre à sa recherche; je l'ai revu le 17 juin, il n'avait eu aucun accident consécutif; dès le 9 juin il avait repris son travail.

L'épingle mesure 47 millimètres de longueur, la tête est un sphéroïde un peu aplati, qui a 7 millimètres sur son plus grand diamètre et 5 millimètres sur l'autre.

A. Launay, D.-M.
au Havre (Seine-Inférieure).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies mentales, par M. le docteur A.-B. Morel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure), lauréat de l'Institut (Académie des sciences), membre correspondant de l'Académie royale de Savoie, de l'Académie Stanislas de Nancy, et membre de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Rouen.

En rendant compte ici même des *Etudes cliniques* de M. Morel *sur les maladies mentales,* nous avons cru devoir l'engager, dans l'intérêt de la vulgarisation de la spécialité scientifique dont il est un des organes les plus autorisés, à présenter quelque jour cette branche si intéressante de la pathologie sous une forme à la fois simple et positive, qui la rendît facilement accessible, dans ses notions fondamentales au moins, aux praticiens ordinaires, tels que les font les exigences de l'art et les programmes tronqués de nos enseignements officiels. Très-peu revendicateur de notre nature, et estimant qu'en général les idées ont mûri dans l'esprit de tous, avant de s'incarner dans l'intelligence individuelle qui vient leur donner la forme plastique sous laquelle elles doivent vivre, nous ne venons point, en rappelant ce fait, émettre la niaise prétention qu'en composant son livre à ce point de vue, le savant médecin de Saint-Yon, le successeur des Foville et des Parchappe, ait simplement obéi à notre humble appel. Il y a trop d'initiative dans l'esprit de M. Morel pour qu'il ait eu besoin d'une stimulation quelconque, lorsqu'il s'agissait de remplir une lacune si évidente dans l'enseignement didactique des maladies mentales. Cette tentative est donc bien sienne et uniquement sienne, et l'intention, quel qu'en soit le résultat, doit lui être comptée comme un droit nouveau à l'estime que lui ont déjà conquise ses importants travaux.

Mais ce but que nous venons d'indiquer, et que l'auteur s'est explicitement proposé en publiant le livre dont nous parlons en ce moment, sera-t-il atteint? voilà ce que nous allons tout d'abord examiner. S'il existe dans le cadre nosologique une originalité pathologique parfaitement distincte, nettement caractérisée, c'est sans aucun doute l'aliénation mentale : quelque variées que soient les formes sous lesquelles cette maladie se révèle à l'observation clinique, quelles que soient les facultés de l'entendement, du sentiment ou de la volonté qui y sont lésées, un trait essentiel la caractérise, c'est la perte, ou au moins une altération prononcée de la liberté morale. La passion la plus exaltée, alors qu'elle entraîne l'homme aux actes les plus excessifs, obscurcit momentanément, mais n'éteint pas cette

lumière intérieure de la conscience qui fait l'homme maître de ses déterminations, et l'assimilation de la passion à la folie n'est qu'une métaphore de poëte, de rêveur. Ainsi saisie et posée dans l'essentialité de sa nature, ou, si ce mot effraye le savant médecin de Saint-Yon, dans le caractère fondamental de sa physionomie, et subissant, comme toutes les choses de ce monde, l'influence fatale des conditions au milieu desquelles elle se développe, l'aliénation offre à l'analyse du nosographe un certain nombre de formes fixes, ou susceptibles de se transformer les unes dans les autres, qui presque constamment ont jusqu'ici servi de base aux classifications. Dans la pensée de notre laborieux auteur, toutes ces classifications sont mauvaises, parce que la base sur laquelle elles s'appuient est elle-même défectueuse. Distinguer les nombreuses variétés de l'aliénation mentale rien que d'après l'enchaînement, le groupement des phénomènes qui les constituent, c'est s'arrêter à la surface des choses, ce n'est pas même tenter d'en pénétrer la nature, de soulever un coin du voile sous lequel se cache le fait qu'il s'agit d'étudier scientifiquement. Nous n'avons point l'autorité nécessaire pour défendre ces classifications, la classificatiou d'Esquirol surtout, qui est encore, si nous ne nous trompons, celle qui, à l'heure qu'il est, compte le plus d'adhérents ; mais nous pensons que même après avoir lu attentivement la savante discussion de M. Morel sur ce point, il est permis de se demander si celle qu'on nous propose aujourd'hui pour remplacer cette dernière, et qui est en très-grande partie basée sur l'étiologie, est une tentative qui doive profiter à l'exposition didactique de la science, et surtout servir au but qu'on se propose expressément, à savoir la diffusion des lumières de la psychiatrie. Nous comprenons parfaitement que les études auxquelles M. Morel s'est livré, dans ce dernières années, sur les dégénérescences de l'espèce humaine, et qui lui ont valu une distinction si honorable de la part d'un de nos premiers corps savants, nous concevons, disons-nous, que ces études originales aient conduit l'auteur dans la voie où il marche sur la question dont il s'agit : non-seulement nous le comprenons, mais nous nous hâtons d'ajouter qu'à étudier ainsi l'aliénation mentale dans les perturbations soit congéniales, soit éducatrices, soit proprement hygiéniques ou pathologiques qui la préparent, il n'est pas douteux pour nous que l'auteur n'ait répandu de vives lumières sur le développement de cette affection si profondément originale. Si vraies que soient en général ces vues étiologiques, nous ne pensons pas pourtant qu'elles justifient l'auteur d'avoir abandonné l'ancienne classification qui repose sur les formes diverses que revêt

la maladie et ses multiples manifestations, pour y substituer une classification nouvelle, presque exclusivement étiologique. Est-il bien vrai que l'habitude hystérique, hypocondriaque surtout, que l'hérédité, que l'alcoolisme même, quand ils engendrent la folie, impriment à celle-ci une physionomie tellement propre, qu'un homme versé en ces matières ne s'y méprît jamais? Si quelque jour M. Morel visite l'établissement d'un de ses collègues, nous voudrions qu'on mît sa sagacité diagnostique à l'épreuve, et que sur la forme de l'aliénation, il remontât à sa cause spéciale. Assurément l'habitude hystérique, par exemple, par les perturbations incessantes qu'elle suppose dans le système nerveux, peut préparer, fomenter l'aliénation de l'esprit ; mais plus cette servitude pathologique rend le système nerveux impressionnable, et plus il est ouvert à tous les chocs des événements de la vie physique ou morale. Toutes ces émotions, si elles aboutissent à la folie, qu'elles dérivent d'une torture sans merci ou de l'abus des plaisirs, s'effaceront-elles donc dans l'unité d'une forme morbide absolument invariable ? C'est une question que je demande à M. Morel la permission de poser. Je veux me borner sur ce point à cette simple remarque, que je n'aurais pas même risquée, si je n'eusse craint qu'en critiquant la nouvelle classification qui va dérouter les esprits qu'on veut éclairer, on ne vît dans cette critique qu'une pure assertion, et un respect très-peu philosophique pour l'autorité de la tradition. J'aime l'innovation qui est un progrès, mais non les changements qui embrouillent.

Plus j'apprécie l'autorité du savant médecin de Saint-Yon en matière de maladies mentales, plus sa sagace intelligence, bien qu'un peu tourmentée en ses allures, lui a permis de pénétrer avant dans ces délicates études, et plus je voudrais que l'enseignement qui doit sortir de son livre fût net, précis, afin que les esprits les plus réfractaires pussent s'assimiler la manne de sa science. Au reste, tel est l'empire de la vérité sur les bons esprits, que, tout en proposant sa classification, M. Morel parle très-souvent dans son livre comme un élève pur d'Esquirol, et les noms des formes typiques diverses de l'aliénation mentale reviennent aussi souvent sous sa plume que si c'étaient Leuret, MM. Baillarger ou Delasiauve qui nous fissent la leçon. Seulement il y a là un travail de réduction à faire qu'il eût été prudent peut-être, surtout au point de vue où l'on se place, d'épargner à plusieurs.

Maintenant entrons dans quelques détails sommaires sur l'économie de cet important ouvrage, afin d'en faire au moins pressentir la portée pratique. Par cela seul que l'habile médecin de Saint-

l'on fait reposer la classification des maladies mentales qu'il propose sur l'étiologie, celle-ci a dû nécessairement être largement traitée. C'est aussi ce que tout le monde s'empressera de reconnaître : pour nous qui, par curiosité d'esprit plus encore que dans l'intérêt d'une pratique particulière fort restreinte, avons lu et médité un bon nombre d'ouvrages relatifs à l'aliénation mentale, nous n'hésitons pas à dire que nulle part, à notre sens, les questions d'origine de la folie n'ont été aussi profondément scrutées que dans l'ouvrage de M. le docteur Morel. L'hérédité surtout, à qui doit être faite une si large part dans les aberrations de l'intelligence, a fixé d'une manière spéciale l'attention de l'auteur. Dans sa pensée, et nous croyons qu'il a raison, cette influence héréditaire se marque non-seulement par la folie, soit qu'on considère le désordre mental dans son point de départ et dans sa transmission, mais encore par la bizarrerie, les excentricités d'esprit ou de caractère. L'alcoolisme, qui a été, dans ces derniers temps, l'objet de travaux intéressants, en Allemagne principalement, a fourni à notre savant auteur, qui est à la piste de tout ce qui se produit de nouveau sur le terrain plantureux de la science, l'occasion de développements qui doivent profiter à la pratique générale. Nous recommandons donc particulièrement ces deux chapitres à l'attention des médecins.

Après avoir, dans un troisième livre, étudié l'ensemble des symptômes de l'aberration de l'esprit, l'auteur aborde enfin la pathologie spéciale et la thérapeutique qu'elle appelle. Ici la maladie se produit sous les formes diverses que connaissent tous les médecins quelque peu au courant de la science. Cette partie du livre surtout est riche en observations choisies, et qui toutes sont propres à laisser dans l'esprit du lecteur une impression dont le souvenir est la science même. On pourrait reprocher à l'auteur quelque prolixité, une abondance luxuriante qui étouffe quelquefois l'idée, mais ici ce défaut devient en quelque sorte une qualité : ce qu'il perd au point de vue d'une didactique sévère, il le gagne au point de vue de l'enseignement. On pardonne aisément à un auteur quelques longueurs, quand, grâce à ce vice de méthode, on sent qu'on s'est plus complétement assimilé sa pensée. Après avoir exposé symptomatologiquement toutes les variétés de l'aliénation de l'esprit, M. Morel en fait connaître le traitement. Nous ne savons pas si l'auteur a une confiance illimitée dans une foule de moyens qu'il indique, mais il les indique, et quelquefois avec un luxe de précision dont souriraient peut-être quelques austères spécialistes ; nous-même, nous ne nous montrerons pas si sévère, et nous ne serions pas étonné

que l'avenir ne finît par trouver quelques parcelles d'or au milieu de ces scories.

En somme, au milieu de quelque ivraie, il y a beaucoup de bon grain dans ce livre : et quiconque s'en sera assimilé la substance, la moelle généreuse, ne sera inférieur à aucun, comme science générale, sur une des parties les plus intéressantes de la pathologie.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Remarques sur un cas de pied bot valgus guéri par le redressement forcé, suivi de l'emploi d'un bandage inamovible. — Les faits appellent les faits ; la lecture que nous avons faite à la Société de chirurgie a provoqué la communication d'observations de difformités du pied, semblables à celle sur laquelle nous appelions l'attention de nos collègues. Nous donnons aujourd'hui l'analyse de la communication de M. Bouvier, car elle contient des renseignements précieux sur une méthode non vulgarisée : le redressement forcé dans les déviations articulaires.

Allonger les parties qui peuvent céder aisément à un effort mécanique; diviser, quand cela est possible, celles qui présentent trop de résistance : tel est le double principe du traitement des difformités articulaires produites par une traction inégale des muscles et des ligaments. Tout le monde aujourd'hui sait cela ; mais ce que l'on connaît moins bien peut-être, c'est la détermination des cas où le simple allongement peut réussir, et de ceux où la section sous-cutanée est indispensable. Deux sortes de notions conduisent à cette détermination : 1° la connaissance de l'espèce de raccourcissement qui affecte les tissus, et du genre de résistance qu'ils peuvent offrir ; 2° celle de l'intensité des forces applicables à ces mêmes tissus et des effets qu'elles peuvent produire.

A ce dernier point de vue, la puissance que l'on peut déployer serait illimitée, si l'on n'était arrêté par les désordres qu'elle pourrait occasionner et par les douleurs inséparables de son emploi. Le chloroforme, en supprimant ces douleurs, a permis, dans ces dernières années, d'augmenter considérablement cette puissance ; il est devenu entre les mains des Bonnet, des Langenbeck, une ressource des plus précieuses pour le redressement des articulations infléchies vicieusement. M. Bouvier a recours au même moyen, depuis trois ans, dans le traitement des pieds bots et des déviations analogues, à l'hôpital des Enfants.

Notre confrère a mis en usage le redressement forcé, dans cette circonstance, pour satisfaire à deux indications différentes.

Tantôt il s'agissait de pieds bots natifs, de l'espèce dite *varus*, offrant des résistances multiples, considérables, et affectant des enfants déjà grands, qui luttaient avec énergie contre l'action douloureuse des appareils mécaniques appliqués après la ténotomie, de manière à détruire à peu près complétement cette action. L'impossibilité de leur faire supporter l'effort continu exercé par les appareils, l'insuffisance des manipulations ordinaires, auxquelles la douleur ressentie par le malade imposait des bornes trop étroites, eussent rendu nul ou fort imparfait le résultat de l'opération, si, le traumatisme dissipé, on n'avait pu, à l'aide du sommeil anésthésique, allonger à plusieurs reprises, par des efforts instantanés, puissants, les parties rétractées inaccessibles à l'instrument tranchant. L'action des mains, qui n'est plus arrêtée par la douleur, est alors un remède véritablement héroïque, et l'on peut dire à juste titre de ces cas ce que Bonnet a déjà dit d'un cas semblable, où il employa le même procédé [1], que ces malades n'auraient pas guéri sans l'intervention de cette manœuvre.

D'autres fois, la déviation des pieds était beaucoup moins ancienne, de l'espèce dite *valgus*, de nature essentiellement musculaire, et accompagnée d'un état douloureux permanent. Certains muscles, parmi les abducteurs et les fléchisseurs, se tendaient fortement pendant l'effort de redressement, au point de paraître très-rétractés et de faire croire à la nécessité d'une section sous-cutanée ; Bonnet lui-même a pratiqué la ténotomie dans plusieurs cas de ce genre. Cependant des efforts ménagés, gradués, si le patient les endure, et mieux s'il est sous l'influence du chloroforme, allongent petit à petit les muscles et font voir qu'ils étaient affectés de contracture ou contraction morbide, plutôt que de rétraction ou raccourcissement permanent. Si les efforts sont poussés assez loin, les muscles finissent par acquérir une longueur suffisante pour que l'on puisse donner au pied l'attitude qui résulterait de l'action de leurs antagonistes. La déviation est alors guérie ; il ne reste qu'à en prévenir le retour, en fixant quelque temps le membre au moyen d'un bandage ou appareil approprié.

Dans cette sorte de valgus douloureux, la voûte plantaire est, ou bien effacée (*valgus pied plat*), ou bien exagérée (*valgus pied creux*), ou enfin normale (*valgus simple*). M. le docteur Duchenne (de Boulogne) a démontré que ces variétés dépendent principalement de l'é-

(1) *Mémoire sur la rupture de l'ankylose* (Gazette médicale, 1850, p. 53).

tat du long péronier latéral, dont l'action peut être diminuée, augmentée ou normale.

Comme exemple de ce genre de lésion, M. Bouvier rapporte le fait suivant :

Valgus simple accidentel. — Redressement forcé. — Appareil dextriné. — Guérison. — Joséphine Durand, âgée de douze ans, apprentie blanchisseuse, avait été envoyée au bureau central des hôpitaux pour y obtenir un brodequin mécanique. Cette jeune fille s'était foulé le pied gauche huit mois auparavant. Elle avait continué de marcher, malgré la douleur et le gonflement qui suivirent de près l'accident. Forcée pourtant de s'arrêter, elle garda le lit quinze jours, reprit son travail avant d'être guérie, et continua à souffrir tout en portant ses paniers de linge. Le pied se tuméfiait chaque soir, dans le voisinage des malléoles. La malade assure que, dès ce moment, elle tournait le pied en marchant et l'appuyait sur son bord interne, parce que cette attitude lui causait moins de douleur. On lui fit prendre, à cette époque, huit bains de vapeur et huit bains sulfureux à l'hôpital Saint-Louis. Plus tard, n'éprouvant pas de soulagement, elle entra à l'hôpital Sainte-Eugénie ; elle fut admise vers le 1er janvier 1860, dans le service de M. Marjolin. Son état fut jugé peu grave, et l'attention en fut bientôt détournée par une affection plus sérieuse, par une angine couenneuse, dont elle ne fut complétement remise qu'au bout d'un mois ; elle passa un autre mois à la maison de convalescence, reprit de nouveau ses occupations, et fut encore obligée de les suspendre, à cause de ses souffrances.

Quand la malade fut mise sous les yeux de la Société de chirurgie, le 4 avril 1860, elle présentait l'état suivant :

Le pied est dans une position moyenne entre la flexion et l'extension ; mais le premier de ces mouvements est plus facile et plus étendu que le second. La plante est sensiblement tournée en dehors, le bord externe relevé, le bord interne abaissé. Un creux se voit au devant de la malléole externe ; la malléole interne, le côté interne de l'astragale et du xiphoïde sont plus saillants qu'au pied droit. La voûte plantaire est normale ou peu exagérée. Les tendons des péroniers se tendent et se soulèvent lorsqu'on cherche à ramener le pied dans l'adduction ; l'extenseur commun des orteils résiste également à l'abaissement de la pointe du pied. Ces efforts causent de la douleur au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne, mais plutôt au niveau des gaînes des tendons que dans la jointure elle-même, qui paraît saine. Il existe un peu de gonflement et de sensi-

bilité à la pression vis-à-vis des gaînes des péroniers latéraux, et au-dessous de la malléole interne. La malade ne ressent pas de douleur dans le repos du membre; mais elle en éprouve de très-vives lorsqu'il supporte le poids du corps dans la traction, et surtout pendant la marche.

Des opinions diverses furent émises au sein de la Société. Les uns virent là une maladie articulaire grave, un gonflement des os; les autres, une simple contracture musculaire. La ténotomie fut proposée par quelques membres. M. Bouvier annonça qu'il avait l'intention de pratiquer le redressement forcé, avec l'aide du chloroforme, et d'appliquer ensuite un bandage inamovible. Il exprima l'espoir d'une prompte guérison, la contracture lui paraissant essentielle ou liée uniquement à une légère inflammation des synoviales tendineuses, que le repos et la compression devaient dissiper.

Trois jours après, le 7 avril, la malade était admise dans les salles de M. Guersant, à la demande de M. Bouvier, qui n'a pas de filles dans son service.

Au bout de huit jours, le repos seul avait déjà diminué la déformation et rendu le pied moins douloureux dans les efforts de redressement. Aussi M. Guersant put-il, deux jours plus tard, le 13 avril, ramener le pied assez facilement dans l'adduction et l'extension, sans avoir besoin de chloroforme. Cette attitude fut aussitôt maintenue au moyen d'un bandage dextriné et d'une attelle interne fixée par une bande, que l'on enleva quand le bandage fut sec. La position forcée du pied ne causa que des douleurs passagères, qui cessèrent en partie d'elles-mêmes, en partie à la suite de quelques incisions faites au bandage. La malade finit par se lever et par marcher avec son appareil, en posant le pied sur son bord externe.

A la levée de l'appareil, le 5 juin, sept semaines après le redressement forcé, le pied resta d'abord dans l'extension et l'adduction; le *valgus* avait été converti en *varus*. Il ne restait plus de trace de la contracture. Le membre revint peu à peu à la position naturelle. Dans la crainte qu'il ne se renverse de nouveau en dehors, on fait porter à la malade un brodequin à montants latéraux, soutenant les deux côtés du pied. Sans ce brodequin, la fatigue de la journée ramène le soir un peu de gonflement et de sensibilité à la pression, avec un léger mouvement d'abduction.

Au commencement de juillet, un petit accident a failli compromettre la guérison. Cette jeune fille, très-turbulente, se tordit de nouveau le pied en jouant; la douleur fut assez vive pour qu'elle

eût de la peine à regagner son lit. Le gonflement, la sensibilité à la pression, la gêne des mouvements reparurent. Néanmoins quelques jours de repos, des bains, des compresses d'alcool camphré ont suffi pour faire disparaître ces symptômes. La déviation ne s'était pas d'ailleurs reproduite. Il y a lieu d'espérer qu'avec le temps le brodequin mécanique deviendra inutile, et que la cure sera complète. On garde encore la malade à l'hôpital, pour mieux s'assurer du résultat définitif du traitement. Elle a été présentée de nouveau à la Société de chirurgie, le 11 juillet, et l'on a pu constater qu'il ne reste plus rien, ni de la déviation, ni de la subinflammation, suite du traumatisme primitif. La très-petite exagération de la voûte plantaire, observée avant le traitement, persiste; mais c'est une conformation normale chez certains sujets, et elle existe également à l'autre pied.

Nous publierons dans notre prochain numéro les cas signalés par MM. Chassaignac et Marjolin. D'ici là, il nous sera possible, nous l'espérons du moins, de compléter l'observation du fait rapporté par M. Marjolin, et qu'il a emprunté au service de son collègue, M. Barthez. Lorsque nous aurons placé ces faits sous les yeux de nos lecteurs, nous discuterons la valeur des diverses ressources thérapeutiques mises en œuvre dans chacun de ces cas.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Ammoniaque *dans la fièvre scarlatine.* M. le docteur Perey, de Liverpool, rapporte les deux faits suivants, non point comme un exemple d'efficacité absolue de l'emploi de l'ammoniaque dans la fièvre scarlatine, puisque la malade qui fait le sujet de l'une de ses deux observations est morte, mais comme exemple de l'effet remarquable qu'a produit, dans les deux cas, l'ammoniaque ingéré par le rectum, sur l'état de la gorge. Le 6 décembre 1858, dit M. Perey, je fus appelé à visiter Mlle V***, âgée de sept ans et demi, qui était atteinte de fièvre scarlatine. Les muqueuses du pharynx et du voile du palais étaient d'un rouge intense et fortement enflammées; les tonsilles étaient développées. Il y avait impossibilité d'avaler et l'haleine était brûlante. M. Perey fit immédiatement administrer l'esprit aromatique d'ammoniaque, une cuillerée à café dans une once d'eau chaude pour lavement, un lavement de deux en deux heures. Au bout de quarante-huit heures, l'amélioration de la gorge était telle que la malade avalait facilement. Amélioration des symptômes pendant les quatre jours suivants. Alors la fièvre consécutive survint et persista jusqu'au jour de la mort. Durant cette dernière période, la langue resta propre et la soif modérée.

Peu de temps après, M. Perey fut appelé auprès de Mlle P***, âgée de six ans, qu'il trouva dans des conditions semblables aux précédentes. L'ammoniaque fut administré avec les meilleurs résultats. La fièvre consécutive se déclara également, mais la terminaison en fut heureuse. Dans les deux cas, aussi longtemps que durait la fièvre, de petites doses de quinine et de vin furent mises en usage. (*The Lancet* et *Presse méd. belge*, juin 1860.)

Calculs urinaires (*Simulation de*) *chez un jeune garçon*. Il est, croyons-nous, peu d'exemples dans

la science où la simulation d'une maladie ait été poussée aussi loin et ait eu aussi peu de motifs que dans le fait suivant, raconté par M. le professeur Nélaton dans une de ses leçons cliniques. « Je donnais depuis quelque temps mes soins à une dame atteinte d'une affection de l'utérus, dit M. Nélaton, lorsqu'un jour elle me pria de voir son fils qui souffrait, disait-elle, de rhumatismes. C'est un enfant de onze à douze ans, présentant toutes les apparences d'une bonne constitution et d'une bonne santé, enjoué, alerte comme on l'est ordinairement à cet âge. J'examine ce jeune homme : il n'a pas de fièvre, la peau est bonne ; je l'interroge, il accuse des douleurs intra-articulaires assez vagues. Ne voyant aucun signe bien marqué d'une affection quelconque, je dis à la mère de faire voir son enfant à son médecin ordinaire, qui, connaissant mieux sa constitution, sera peut-être plus apte à découvrir la nature des douleurs qu'il accuse. Ce médecin voit le petit malade, accepte son dire, et établit là-dessus plusieurs traitements qui n'amènent aucune amélioration. Ce sont toujours les mêmes phénomènes bizarres : des douleurs vagues se montrant tantôt dans un point, tantôt dans un autre : mais aucun de ces points n'offre ni gonflement, ni chaleur, ni rougeur. Le médecin soupçonna alors une diathèse arthralgique, goutteuse, et fit l'analyse de l'urine. Ce liquide lui parut avoir une densité considérable, et il y trouva une quantité insitée d'acide urique ; un nouveau traitement fut institué en conséquence. A dater de ce moment, l'enfant commença à rendre tous les jours des graviers, qui furent recueillis et conservés avec soin jour par jour. Ces prétendus graviers m'ayant été remis, je les examinai : il y en a de toutes les formes et de volumes variables. Ce sont des morceaux de mortier, de pierres à bâtir, ou bien du sable de rivière ; en un mot, il n'y avait rien là qui ressemblât même de loin à des calculs urinaires. »

Voilà un de ces faits contre lesquels on ne se tient pas en garde. Comment croire, en effet, qu'un enfant de onze ans va inventer de toutes pièces une maladie semblable ? Cela est pourtant, et la dissimulation a été par ce jeune garçon poussée à un point curieux : de temps à autre, il introduisait un de ces fragments de pierre dans le méat urinaire, et Il appelait sa mère pour qu'elle les vît tomber avec le jet d'urine. Il importe donc de se tenir en garde contre des faits semblables, qui sont de nature à jeter une grande déconsidération sur le médecin qui aurait été dupe d'une telle mystification. Dans le cas actuel, la simulation était trop flagrante : la bizarrerie des symptômes accusés par l'enfant, l'absence de tous signes d'une affection quelconque, devaient déjà mettre le médecin sur la voie, et le simple examen des prétendus calculs, dont quelques-uns étaient taillés au couteau, devait lever tout soupçon, bien que l'âge du malade semblât devoir rendre l'idée d'une fraude semblable inadmissible. (*Gazette des Hôp.*, juin 1860.)

Fièvres intermittentes (*De la valeur fébrifuge du cyano-ferrure de sodium et de salicine dans les*). Encore un fébrifuge qui n'aura pas répondu à sa réputation, et nous trouvons précisément dans un journal italien un travail émanant d'un médecin que l'on avait cité d'abord comme très-favorable à l'emploi de ce médicament, qui conclut aujourd'hui d'une manière presque négative. Il résulte, en effet, des observations de M. Berruti que ce médicament, auquel on ne peut refuser une certaine action thérapeutique antipériodique, et qui a même cet avantage qu'il peut être administré à assez haute dose, sans aucune action physiologique, ne jouit en réalité que de propriétés antipériodiques assez faibles et qui ne peuvent supporter la comparaison avec celles de la quinidine et de la quinine ; car les insuccès et les rechutes sont nombreux ; autrement dit, le nouveau médicament, à moins d'aversion complète pour la quinine, n'offre, au dire de M. Berruti, aucun avantage particulier, et surtout on ne peut compter sur lui dans les fièvres graves ou pernicieuses. Enfin, bien que le nouveau sel coûte moitié moins que le sulfate de quinine, il n'y a cependant aucun avantage à employer le cyanure, puisque, à la dose à laquelle le sulfate de quinine réussit, le cyanure reste sans action et doit être employé à des doses élevées, quelquefois jusqu'à 3 grammes, sans qu'on puisse être certain du résultat. (*Gaz. med. Sarda*, avril.)

Inflammation chronique du tympan (*De quelques moyens de traitement de l'*). Les affections du tympan, ainsi que toutes les maladies de l'oreille, en général, ne paraissent

pas aux yeux du monde, peut-être même de quelques praticiens, aussi graves qu'elles le sont en effet; et cette erreur d'appréciation est la cause de bien des surdités et d'autres accidents. Combattre de bonne heure l'inflammation du tympan est le moyen le plus sûr de prévenir ces accidents. Nous croyons utile, en raison de l'importance pratique du sujet, d'exposer en quelques mots la méthode de traitement que M. le docteur Bonnafont oppose à cette affection. Voici les préceptes que cet habile chirurgien formule à ce sujet.

La membrane du tympan bien éclairée et bien débarrassée de tout obstacle, on la touche avec un stylet boutonné pour s'assurer du caractère de l'altération; si le contact de l'instrument provoque beaucoup de douleur et s'il détermine encore quelques mouvements sur cette membrane, si elle n'est que rouge, et si on n'y voit qu'une petite ulcération, on se contentera de simples injections résolutives avec de l'eau de sureau ou de plantain, qu'on rendra peu à peu plus active en y ajoutant du sulfate d'alumine dans la proportion de 1 gramme par 30 grammes de véhicule. Si, malgré l'influence de ces moyens, la maladie résistait, il faudrait cautériser légèrement avec le nitrate d'argent, ou mieux avec la poudre d'alun calciné, insufflée à l'aide d'un petit tube en argent. M. Bonnafont n'hésite pas à proclamer ce dernier moyen comme le meilleur à employer contre les inflammations et ulcérations chroniques du tympan. Mais s'il existe des végétations, la poudre d'alun devient insuffisante, et il faut alors recourir au nitrate d'argent solide. A cet effet, M. Bonnafont a fait fondre des crayons de 2 millimètres d'épaisseur et qui peuvent ainsi être portés à l'aide d'un porte-crayon très-fin au fond du conduit auditif. Il importe, pour obtenir un bon résultat, de ne porter le caustique que sur les points malades, sous peine de s'exposer à perforer la cloison.

Si les végétations sont très-saillantes, les cautérisations, même avec la pierre, seraient insuffisantes; il faut alors, de toute nécessité, pratiquer l'excision et cautériser, vingt-quatre heures après, les surfaces à nu. Voici comment M. Bonnafont procède à cette opération. Lorsque le conduit a été dilaté et bien éclairé, il saisit de la main gauche, à l'aide d'une petite double érigne, chaque végétation; il les tire légèrement à lui et en pratique l'excision à l'aide d'un petit bistouri dont la lame, transversalement placée par rapport à la tige, a à peu près 5 ou 6 millimètres de longueur. Cette lame, glissée entre l'érigne et la membrane du tympan, coupe très-facilement les végétations sans intéresser les tissus de la cloison. Cette manière d'opérer, tout en ménageant l'intégrité du tympan, laisse des surfaces régulières et dont la guérison s'opère bien plus vite qu'après l'arrachement. M. Bonnafont a obtenu ainsi plusieurs succès dans le traitement des maladies de l'oreille, surtout dans l'inflammation chronique du tympan, dont il est spécialement question ici. Les instillations d'acétate de plomb préconisées par Kramer, à l'exclusion de tout autre remède, n'ont paru à M. Bonnafont être favorables que dans les otorrhées légères produites par les altérations superficielles du tympan. Il a remarqué que chaque fois que cette cloison était épaisse et couverte de végétations, le moyen proposé par Kramer a été constamment insuffisant. Il en a été de même des solutions de nitrate d'argent, de sulfate de zinc, etc. (*Revue médicale*, juin 1860.)

Luxation complète *en haut et en arrière du deuxième métatarsien du pied gauche; réduction à l'aide d'un procédé particulier.* Un militaire, âgé de vingt-trois ans, en montant un escalier ayant son sabre pris entre les jambes, trébucha sur la marche; le bout du pied gauche porta contre la marche et se renversa fortement en dehors, tandis que le sabre et le genou droit vinrent presser fortement sur le pied gauche, au niveau des os cunéiformes. Lorsqu'il se releva, il ne put plus s'appuyer sur la jambe gauche; il fut immédiatement transporté à l'hôpital militaire où M. Brault, médecin en chef, constata une luxation complète du deuxième métatarsien en haut et en arrière. Cet os, si solidement fixé dans son articulation, en avait été violemment chassé par suite de la courbure exagérée et de la torsion du bout du pied pendant l'accident, aidées de la pression du sabre et du genou droit; il chevauchait sur le deuxième os cunéiforme et formait une saillie de 15 millimètres environ, très-distincte sur le pied malade. Il y avait, en outre, une petite plaie au niveau du deuxième os cunéiforme, à 1 centimètre environ de la tête de l'os luxé, à l'endroit où le sabre avait pris

son point d'appui. Des tentatives de réduction furent immédiatement faites, et tandis qu'un aide opérait des tractions très-fortes sur le bout du pied saisi à pleine main, M. Brault essaya de replacer le métatarsien, qu'il parvint, après des pressions excessives, à ramener un peu vers son articulation. Le lendemain matin, 20 mai, il essaya de nouveau, après avoir chloroformé le malade jusqu'à résolution complète, et, malgré des efforts multipliés, il ne réussit pas mieux que la veille. Un bandage compressif et des fomentations résolutives furent mis en usage pour prévenir l'inflammation.

Quatre jours après, aucun accident n'étant survenu, M. Brault fit une nouvelle tentative. Il eut d'abord l'idée de se servir d'un poinçon, ainsi que l'avait fait M. Malgaigne; mais redoutant des accidents, il préféra employer un moyen beaucoup plus simple et qui lui réussit au delà de toute attente. Voici de quelle manière il procéda : après avoir matelassé la plante du pied, il passa comme un sous-pied une forte bande qu'il fixa à la pièce supérieure du tourniquet. Entre le pied et la pelote, il plaça un petit cylindre de bois dur, de 3 centimètres de haut, garni de charpie, qu'il appuya contre la tête de l'os luxé, dans une direction oblique d'arrière en avant, parallèle du reste à l'axe du tibia ; puis, faisant agir la crémaillère, il obtint une force assez puissante, aidée de la pression des doigts, pour ramener presque entièrement l'os à sa place. Il suffit alors d'une pression un peu forte, dans une direction perpendiculaire à l'axe du pied, pour obtenir la réduction complète. Le bandage contentif consista en une plaque de liége de 15 centimètres de haut, surmontée d'une compresse graduée et soutenue par une bande fortement appliquée contre une attelle plantaire solide, dépassant un peu le pied de chaque côté. Des fomentations d'eau blanche furent continuées jusqu'au 31 au matin. Alors la réduction s'étant maintenue et le gonflement ayant disparu, ce premier appareil fut remplacé par un appareil inamovible.

Ce fait n'est pas moins remarquable par sa rareté et par la manière insolite dont s'est produite la luxation, que par le succès qu'a eu le procédé mis en usage par M. Brault, malgré toutes les difficultés qui s'offraient à lui. (*Gaz. médicale de Strasbourg*, juin 1860.)

Ozène. *Traitement par la teinture d'iode et le nitrate d'argent.* Ayant eu l'occasion de traiter un assez grand nombre de cas d'ozène, dans lesquels il a constaté d'une manière constante la liaison de cette affection avec la constitution strumeuse, M. le professeur Borlée, de Liége, a puisé dans cette circonstance les indications d'un mode de traitement dont les bons résultats ont vérifié la justesse. Voici en quels termes il formule ce traitement :

La maladie ayant le plus souvent pour siége la muqueuse qui tapisse les parties les plus sinueuses, les plus profondes, des cavités nasales, telles que les cornets, les sinus frontaux et maxillaires, la première condition pour en obtenir la guérison, c'est que l'agent médicamenteux soit porté sur tous les points affectés. Or, le meilleur procédé pour atteindre ce but, c'est de recourir aux injections soit de nitrate d'argent, soit de teinture d'iode étendue d'eau distillée. Avant de pratiquer ces injections, il est nécessaire de débarrasser les fosses nasales des mucosités qui s'y sont concrétées; ce que l'on fait au moyen d'irrigations d'eau fraîche répétées plusieurs fois par jour dans l'intervalle des injections médicamenteuses. Ces injections sont faites d'abord avec de faibles doses élevées graduellement ensuite. Voici les formules dont M. Borlée fait habituellement usage :

Pr. Nitrate d'argent...	8 ou 10 grains (40 à 50 gram.).
Eau distillée....	8 onces (256 gram.).
Pr. Teinture d'iode...	1 once (33 gram.).
Eau distillée.....	8 onces (256 gram.).
Iodure de potassium..........	2 à 3 gros (8 à 12 gram.).

On se sert d'une petite seringue contenant une once (32 grammes) de liquide. L'injection est faite perpendiculairement, afin que le jet puisse, en se brisant sur le vomer, aller s'éparpiller dans toutes les anfractuosités nasales. Ces injections sont pratiquées tous les jours ou tous les deux jours, suivant la susceptibilité des sujets, tantôt avec la solution argentique, tantôt avec la teinture d'iode. Les injections déterminent, pendant une demi-heure ou une heure, des douleurs sus-orbitaires à la racine du nez, et une rougeur plus ou moins vive de la conjonctive, avec un larmoiement abondant. Les mucosités nasales de-

viennent plus fluides et plus abondantes. L'odeur est déjà moins forte après les premières injections. M. Borlée a toujours remarqué que les injections avec le nitrate d'argent étaient moins bien tolérées, qu'elles déterminaient des souffrances d'une plus longue durée que les injections avec la teinture d'iode, et que la guérison était plus prompte et plus certaine avec ce dernier agent.

Le nitrate d'argent et la teinture d'iode, en modifiant l'état de la muqueuse nasale, changent la nature des mucosités sécrétées par cette membrane, préviennent ou détruisent leur odeur fétide. La teinture d'iode surtout possède cette propriété à un haut degré.

Si la cause de la punaisie réside sur des endroits moins profonds, on peut cautériser directement les points malades à l'aide du porte-caustique.

Enfin, en même temps qu'il combat l'état local par ce traitement, M. Borlée cherche à modifier l'état général diathésique par les préparations d'iode, de soufre, de fer, les toniques, une bonne alimentation et une hygiène convenable. Les observations que M. Borlée rapporte dans son travail témoignent en faveur des bons effets de ce traitement. (*Presse méd. belge*, mai 1860.)

Prurit de la vulve. *Décoction concentrée d'ellébore blanc.* Bien que le prurit de la vulve soit une affection assez fréquente, par des motifs que l'on devine assez sans qu'il soit nécessaire de les indiquer, il est le plus souvent difficile, quand on est consulté pour un cas de ce genre, de savoir si l'on a affaire à un prurit symptomatique de quelque affection cutanée *loco dolenti*, ou à une simple hypéresthésie. De là les incertitudes et les hésitations de la thérapeutique, qui en est presque toujours réduite aux tâtonnements de l'empirisme. C'est ce qui explique le nombre et la variété des moyens proposés et mis en usage pour combattre cet accident, qui oppose souvent une ténacité et une résistance extrêmes à toutes les ressources de l'art. Il n'est donc pas inutile d'enregistrer les moyens qui paraissent avoir réussi, quelque difficulté que l'on puisse éprouver d'ailleurs à se rendre compte rationnellement de leur action. Aux agents vulgairement employés M. le docteur Hartmann vient d'en joindre un qui lui a paru jouir d'une efficacité réelle, c'est l'ellébore blanc. Chez une femme de vingt-cinq ans, mère de trois enfants, en proie à une démangeaison des parties génitales survenue sans cause connue et extrêmement prononcée, ce médecin a obtenu, dit-il, un excellent résultat de l'application d'une décoction concentrée d'ellébore blanc; quelques heures après les premières applications, le prurit était déjà diminué considérablement, et, le lendemain, le mal avait entièrement disparu. (*Ann. méd. de la Flandre occ.* et *France méd.*, juin 1860.)

Rhumatismes *fébriles. Opium à hautes doses.* Quoique l'opium constitue un remède banal dans les affections rhumatismales, il est rarement employé à des doses aussi élevées que celles dont fait usage M. O'Donovan. Ce praticien rapporte sept cas dans lesquels il ordonna l'opium à la quantité de 6 à 12 grains (3 à 6 décigrammes) en vingt-quatre heures. Il affirme que par ce traitement il a non-seulement beaucoup abrégé la maladie, mais encore qu'il en a considérablement mitigé les symptômes; il a surtout, dit-il, empêché l'état chronique de s'établir. Il est bon de dire cependant que M. O'Donovan a employé dans quelques cas, concurremment avec l'opium, d'autres remèdes tels que la quinine, le calomel, des frictions et des bains. Quoi qu'il en soit, tous les malades qu'il a traités ainsi avec l'opium à hautes doses, soit seul, soit combiné avec d'autres remèdes, sont restés complétement exempts de complications cardiaques. (*Journ. med. Dubl.* et *France méd.*, juin 1860.)

Tumeurs blanches *scrofuleuses* (*Du traitement des*). Nous trouvons dans un journal anglais, sur le traitement des tumeurs blanches, quelques détails qui, sans être nouveaux, empruntent un véritable intérêt à l'expérience de l'auteur, M. le docteur R. Barwell. M. Barwell insiste principalement sur les inconvénients qu'offre l'établissement des suppurations prolongées autour des articulations malades. Il vaut mieux, dit-il, avoir plusieurs cautères, mais il ne faut jamais les faire longtemps suppurer. Aussi ce chirurgien donne-t-il la préférence à la cautérisation transcurrente, dont il ne recherche nullement l'influence douloureuse, mais seulement l'influence modificatrice; et pratiquant ces cautérisations assez superficiellement et parallèlement les unes aux autres, à une distance d'un pouce au moins, il

a remarqué qu'il en résulte au pourtour de l'articulation une rétraction, qui a pour but d'en diminuer graduellement le volume. Si l'on ajoute à ce moyen la compression et l'immobilité dans les premiers temps, plus tard des mouvements ménagés dans la direction naturelle de l'articulation, on a l'ensemble des moyens employés par M. Barwell, et qui, comme on le voit, ne diffèrent pas beaucoup du traitement des chirurgiens français. (*The Lancet*, juin 1860.)

Utérus (*Oblitération complète du col de l'*) *chez la femme enceinte. Opération qu'elle réclame.* Il peut arriver que les violences que subit le col de l'utérus pendant la parturition, surtout lorsqu'elle est longue et pénible et qu'elle a réclamé l'intervention des instruments, produise une adhésion partielle entre les lèvres du col, d'où une oblitération plus ou moins avancée, qui deviendra complète lors d'une nouvelle grossesse, alors que le flux menstruel aura été supprimé depuis plus ou moins longtemps. M. Depaul a eu l'occasion de rencontrer trois cas de ce genre dans sa pratique, et il a pu, à l'aide de ces trois cas et de quelques autres faits semblables qu'il a trouvés dans les Annales de l'obstétrique, constituer une histoire jusqu'ici inédite de cette lésion. L'oblitération dans tous ces cas a été assez complète pour nécessiter une opération. C'est sur les indications de cette opération et sur le manuel opératoire qu'elle nécessite, que nous voulons appeler un instant l'attention de nos lecteurs.

Quand on se trouve en présence d'une oblitération du col chez une femme enceinte parvenue au terme de sa grossesse, dit M. Depaul, l'indication est formelle. Lorsqu'on a fait une part suffisamment large aux efforts de la nature, il faut rétablir l'ouverture qui a disparu ou en créer une nouvelle, en se rapprochant autant que possible du point qu'aurait dû occuper l'orifice de la matrice. Si la cicatrice qui a fermé cette ouverture est mince et peu résistante, il convient, avant de faire intervenir les instruments tranchants, d'essayer de la détruire avec le doigt, et on y parviendra quelquefois. Mais lorsqu'elle est épaisse et solide, lorsque l'oblitération consiste surtout dans une soudure des bords de l'orifice, sans interposition notable de tissu de nouvelle formation, alors, en général, les contractions utérines sont impuissantes, et il en est de même du doigt. Pour ouvrir la cavité utérine, il faut recourir à l'instrument tranchant.

Ce n'est, alors même qu'on aurait reconnu l'état des parties avant le terme de la grossesse, qu'après le début de l'établissement du travail et lorsque les contractions utérines se sont franchement prononcées, qu'il convient de pratiquer l'opération. Le moment à choisir pour l'opération est d'une grande importance. Si, d'une part, il convient de ne pas trop se hâter, et s'il faut, en quelque sorte, attendre de l'inutilité des contractions utérines la consécration du diagnostic, de l'autre, il faut bien se garder de trop temporiser et de compromettre ainsi, soit la vie de la mère, soit la vie de l'enfant. Ordinairement, dans ces cas, lorsque la contractilité utérine s'est exercée sans résultat pendant quelques heures, on la voit s'affaiblir et disparaître même pour un certain temps. Après un repos variable, elle reprend avec une nouvelle énergie pour disparaître encore, et l'on peut assister ainsi à une série de tentatives infructueuses faites par la nature pour se débarrasser du produit de la conception. Toutefois, ce n'est pas seulement par le temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis le début du travail qu'on doit se décider à intervenir. Il faut bien tenir compte de la faiblesse ou de la violence des contractions de la matrice, de leur retour fréquent ou des longs intervalles qui les séparent, de la réaction plus ou moins vive qu'elles provoquent du côté de l'organisme, enfin de l'influence qu'elles exercent sur la circulation fœtale, influence dont l'auscultation permet de mesurer les degrés divers. Mais il ne faut jamais perdre de vue que l'éclampsie ou la rupture du corps de l'utérus peuvent être la conséquence d'une trop longue temporisation.

Une question non moins importante à résoudre est celle de savoir sur quel point de la partie de la matrice qui fait saillie dans le vagin, il faut créer une ouverture artificielle. Toutes les fois que la chose est possible, c'est sur l'oblitération elle-même qu'il faut agir; c'est ce que l'on fera, par exemple, aisément, lorsque l'occlusion portera sur l'orifice interne : l'orifice externe et la portion de la cavité du col encore perméable serviront à conduire l'instrument. Mais lorsque les bords de l'orifice externe sont soudés de ma-

nière à ne laisser aucune trace, aucun caractère susceptible de faire connaître sa situation primitive, il faut alors se guider d'après les rapports et la situation ordinaires de l'orifice du col à l'état normal, et ouvrir la matrice un peu en arrière du diamètre transversal de la tumeur qui fait saillie dans le vagin. Le spéculum est inutile dans le plus grand nombre des cas, et il ne ferait que compliquer la manœuvre sans compensation au lieu de la simplifier. La crainte de blesser l'enfant a fait imaginer divers bistouris ou instruments spéciaux pour pratiquer l'incision. M. Depaul considère toutes ces inventions comme inutiles; il se sert tout simplement d'un bistouri ordinaire, suffisamment long, pointu ou arrondi, et garni de linge jusqu'à 1 centimètre de son extrémité. Il doit être conduit sur les doigts de la main gauche, préalablement introduits jusqu'à la partie sur laquelle on veut pratiquer l'ouverture. C'est dans le sens transversal qu'il faut faire agir son tranchant, de manière à diviser les tissus couche par couche, et dans l'étendue de 8 à 10 millimètres seulement. On s'assure de temps en temps, à l'aide du doigt, de la profondeur de l'incision, et on reconnaît à peu près ainsi l'épaisseur de ce qui reste à diviser. Ce premier temps de l'opération, qui est le plus délicat, doit être conduit avec beaucoup de circonspection. Une fois qu'on a pénétré dans la cavité de l'organe, il faut agrandir cette première ouverture par des incisions multiples, ce que l'on fait avec de longs ciseaux ou un bistouri boutonné, courbe sur le bord et tranchant dans la concavité. Il convient en général d'en faire trois, une à chacune des extrémités du diamètre transverse du petit orifice déjà créé, et une autre en arrière, sur son bord postérieur. Il suffit de donner à ces diverses incisions une étendue de 8 à 10 millimètres seulement; il est très-rare qu'on soit obligé d'en faire une quatrième en avant. Dans tous les cas, il conviendrait de lui donner une étendue moins considérable encore, et de ne pas oublier le voisinage de la vessie et du canal de l'urètre. Il est bien entendu, d'ailleurs, que l'instrument sera conduit sur la pulpe du doigt indicateur gauche, et qu'il agira surtout de dedans en dehors Dès que la matrice est ouverte, l'orifice artificiel prend une forme arrondie assez régulière, et il suffit de promener le doigt circulairement sur son bord, avec une légère pression, pour l'agrandir d'une manière notable. Tout est fini alors pour le chirurgien, et il convient de laisser aux contractions utérines le soin de terminer l'accouchement. (*Moniteur des Sciences*, juin 1860.)

VARIÉTÉS.

Prothèse auriculaire. — Sur le cornet destiné à remédier à la surdité due à l'occlusion de l'orifice externe du conduit auditif.

Lettre au docteur Debout par M. Menière, médecin de l'Institution impériale des Sourds-Muets.

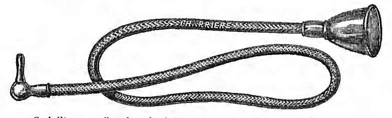
Vous vous êtes proposé, cher confrère, et souvent vous avez atteint le but, de réunir dans votre journal tout ce qui paraît devoir être utile aux malades. Votre *Bulletin* enregistre avec soin les moindres applications de la thérapeutique, espérant toujours que les praticiens y puiseront de nouvelles ressources pour guérir ou du moins pour soulager les innombrables misères de la pauvre humanité. Et comme vous avez ouï dire que je me servais d'un petit instrument dans le traitement de certaines formes de surdité, vous avez manifesté le désir d'avoir quelques renseignements exacts sur un appareil qui appartient de droit à la prothèse auriculaire.

Vous avez raison de penser que, si simple, si insignifiant que paraisse un moyen de rendre plus facile l'audition, les sourds y attacheront un grand prix. Tout ce qui peut diminuer les inconvénients de cette triste infirmité doit être mis à la portée des malades, mais il ne suffit pas de vanter un instrument, il faut dire dans quelles circonstances il doit être employé.

Ceux qui, lors des grandes expositions de l'industrie à Paris et à Londres, ont examiné avec soin les appareils dits *acoustiques*, ont pu croire que cette partie de la prothèse chirurgicale ne devait rien laisser à désirer. Une multitude d'instruments plus ou moins compliqués, des cornets de toute forme, dans la composition desquels entrent les matières les plus diverses, prouvent que les sourds n'ont pas été oubliés, et que de nombreux artistes ont consacré leurs efforts à la création des ressources les plus efficaces contre les imperfections de l'ouïe. J'ai vu chez MM. Charrière une vaste collection de ces machines au milieu desquelles il est difficile qu'un sourd ne puisse pas rencontrer celle qui convient le mieux à son genre d'infirmité.

Mais, il faut bien le dire, parce que cela est vrai, ces cornets si ingénieusement fabriqués ne rendent pas tous les services qu'on en attend. Il en est bien peu qui valent mieux que la main du malade, disposée en conque et ajoutée à l'oreille paresseuse.

Un grand nombre de malades, après des essais infructueux, reviennent à cette prothèse spontanée, si simple, si facile à mettre en œuvre, et qui suffit dans la grande majorité des cas. La main, appliquée en cornet derrière l'oreille, a le grand avantage de ne pas produire de vibrations métalliques qui fatiguent l'organe, qui épuisent sa sensibilité, et rendent bientôt nécessaire l'emploi d'un moyen plus puissant. Il n'y a véritablement qu'un petit nombre de surdités assez graves pour exiger l'emploi d'un cornet acoustique, et dans ce cas, le meilleur de tous, sans contredit, c'est le long tube flexible, aussi utile au malade qu'il est commodo pour son interlocuteur.



Ceci dit en manière de préambule, arrivons au point principal. La surdité n'est pas une maladie, elle n'est que le symptôme d'une lésion de l'appareil auditif; par conséquent, pour remédier utilement à la surdité, il faut savoir d'où elle vient, à quoi elle est due, de quelle altération elle peut dépendre. Cela n'est pas si facile qu'on pourrait le croire, et les personnes qui, par position, sont à même d'étudier ces sortes de choses, éprouvent souvent de grandes difficultés à établir un peu solidement la diagnose d'une affection extrêmement variable dans ses formes et dans son origine.

On m'accordera bien, j'ose le croire, qu'un bon diagnostic est la base de toute médecine digne de ce nom. Nous ne comptons guère sur les essais aveuglos des empiriques, et si le hasard amène quelques découvertes dont la science profito, on conviendra, sans doute, que la plupart de celles que l'on prône ont bien moins pour but le soulagement des malades que le bénéfice des inventeurs. Or, les maladies de l'appareil auditif sont assez obscures, dans bien des cas, pour mettre la médecine en défaut et ouvrir une large porte aux tentatives des guérisseurs. Parmi les nombreuses affections de cet appareil, il en est qui se guérissent d'elles-mêmes, qui se modifient du moins assez heureusement pour que le patient désolé s'estime heureux du moindre changement survenu

dans son état, et pour crier *miracle!* au profit de la médication quelconque à laquelle il se croit redevable du bienfait de cette modificatiou heureuse. Nous comprenons les élans de cette reconnaissance, mais nous comprenons moins bien l'enthousiasme du médecin qui devrait savoir observer, et la publicité donnée tout à coup à des résultats dont la valeur scientifique est si facilement contestable.

La discussion de ces sortes d'affaires nous mènerait loin, aussi nous abstiendrons-nous pour le moment d'en poursuivre l'examen critique. Revenons à notre point de départ, à la prothèse auriculaire, sur laquelle vous m'avez demandé une note.

Il est une altération matérielle du conduit auditif externe qui entraîne un certain degré de surdité. J'en ai parlé ailleurs, et ce n'est pas ici le lieu d'en indiquer la nature et la cause. Il nous suffira de dire que par suite d'un changement de forme des mâchoires, de l'usure des dents, du mouvement de bascule du menton, l'ouverture du méat externe prend une direction beaucoup plus oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et tend à perdre sa disposition normale. De ronde ou ovalaire qu'elle est, elle se trouve réduite à l'état de fissure et au point que les bords antérieur et postérieur se touchent complétement.

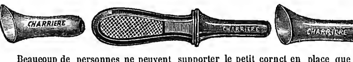
Cette forme vicieuse se rencontre surtout chez les vieillards, et la surdité qui en est la conséquence passe pour un affaiblissement de la sensibilité; on ne croit pas devoir recourir à la médecine pour combattre un mal qui appartient de droit à l'âge avancé, on cherche à y remédier par l'emploi d'un cornet, et comme alors celui-ci ne peut rendre aucun bon office, on appelle incurable une surdité dont la guérison est facile.

Quand enfin ceux qui se trouvent dans ce cas se décident à consulter un médecin, celui-ci voit le plus souvent dans cette cophose le résultat d'une congestion sanguine vers le cerveau, et l'on prescrit un traitement en rapport avec cette cause probable. L'insuccès de cette thérapeutique pousse le praticien à recourir aux révulsifs habituels, et puis on finit quelquefois par inspecter l'organe malade. En pareil cas, le plus léger examen fait reconnaître le genre de lésion du conduit auditif externe. On trouve souvent du cérumen accumulé derrière cette sorte de sphincter accidentel; l'air n'ayant plus accès dans ce canal, les matières qui s'y trouvent s'altèrent, les poils tombent, les écailles épidermiques se détachent, tous ces corps étrangers se mêlent au cérumen et forment un bouchon qu'il n'est pas toujours facile d'enlever.

Quand, à l'aide de lavages convenables, il ne reste plus rien dans le conduit auditif, l'ouïe se rétablit autant que cela est possible, mais il faut, pour obtenir ce résultat, que l'ouverture du canal soit maintenue dans sa forme régulière. Pour que cela soit ainsi, je me sers depuis bien longtemps d'un simple petit tube en os, de forme cylindro-conique, de volume variable, suivant le diamètre du méat externe, et se terminant à l'une de ses extrémités par un bord saillant, espèce de pavillon évasé destiné à empêcher que l'instrument ne pénètre trop loin.

Rien de plus simple en apparence, et cependant il se rencontre, dans l'application de ce petit cornet, un grand nombre de difficultés que l'expérience apprend à combattre et à vaincre. La présence de ce tube fatigue promptement l'oreille, c'est un corps étranger dont le contact irrite et blesse la peau, de sorte qu'il faut d'abord choisir un tube de petit calibre, afin que le malade s'y accoutume plus aisément. On doit enduire le tube de *cold cream*, de pommade,

d'un corps gras quelconque pour diminuer le frottement, mais on doit surtout avoir égard à la sensibilité particulière des individus.



Beaucoup de personnes ne peuvent supporter le petit cornet en place que pendant une heure, et ce n'est qu'après des tentatives nombreuses qu'on parvient à obtenir la tolérance nécessaire. Quand ces malades peuvent le garder pendant la nuit, le succès est assuré, car il y a dans les habitudes du coucher, surtout chez les femmes, bien des circonstances qui contrarient l'efficacité de ce traitement.

La plupart des femmes ont l'habitude de porter des coiffures de nuit fort serrées et qui aplatissent singulièrement le pavillon de l'oreille. Il y a même, dans bien des pays, des coiffures de jour qui produisent le même effet, et cette constriction entre pour beaucoup dans la production de la difformité dont nous nous occupons en ce moment. En présence de telles causes, il importe de prescrire les moyens d'y remédier, car tout traitement, si rationnel qu'il puisse être, demeurerait inutile, la mauvaise habitude persistant.

Lors donc que l'on se sera assuré que le méat est libre, qu'il n'y a aucune autre cause de surdité que la clôture de son entrée, et que la dilatation de cette ouverture suffit pour rétablir l'ouïe dans ses conditions normales, on aura recours au petit tube, afin de donner à l'oreille sa forme régulière, et l'on habituera peu à peu l'organe à supporter le contact de ce cornet si simple et si efficace.

A qui doit-on l'invention d'un pareil instrument ? Il pourrait s'élever sur ce point des questions de priorité que nous ne voulons ni débattre ni juger. Nous savons qu'un horloger de Bordeaux, affecté d'une surdité de l'espèce de celle dont nous parlons, avait fabriqué pour son propre usage de petits cornets qui lui avaient été utiles. Il en avait bien le droit, assurément, comme le maître de poste de Versailles avait eu celui de faire le cathétérisme de ses trompes engorgées. Mais l'artisan de Bordeaux ne s'en tint pas là. Il voulut voir dans l'usage de son petit cornet un remède efficace contre toutes les surdités, il le vanta, il eut recours à la publicité vénale des journaux politiques, et les oreilles régulièrement conformées, les méats larges et ronds ne retirèrent aucun bénéfice de l'emploi d'un instrument qui n'était pas fait pour eux. J'ai vu des centaines de sourds qui m'apportaient un petit écrin dans lequel gisaient précieusement deux jolis petits bijoux en argent ou en or, mais ridiculement inutiles à ceux dont les oreilles étaient bien conformées. Et cependant il avait suffi d'une de ces réclames, comme on en lit tous les jours dans les feuilles quotidiennes ou autres, pour établir entre un sourd quelconque et l'artisan bordelais une correspondance dont le résultat n'avait profité qu'à l'une des parties contractantes, et précisément à celle des deux qui en avait le moins besoin.

Il y a eu, à Paris, un autre fabricant de cornets à peu près semblables, et tout aussi inutiles dans la plupart des surdités. Une conque en métal, modelée habilement sur celle du malade, et munie d'un appendice en tube destiné à entrer un peu dans le méat, constitue un appareil fort compliqué et qui ne pourrait être vraiment efficace qu'à ceux qui auraient eu l'oreille complétement enlevée. Comprend-on que l'on s'avise de donner une conque métallique à celui qui en a une à l'état normal ? Il est vrai que l'on a mis un tube d'argent

dans un méat régulièrement conformé et de dimension naturelle. Mais enfin, ce petit appendice tubulé qui doit entrer dans le conduit auditif serait utile, si ce conduit était en quelque sorte oblitéré par le vice de conformation dont nous avons parlé ; mais quand cette lésion n'existe pas, à quoi bon mettre un tube là où il y a un canal? Il est vrai que la conque artificielle de MM. Gateau et Déon est munie d'un appendice en cornet demi-circulaire qui recueille les sons, les renforce et les conduit vers les tympans, mais l'instrument tout entier ne vaut pas la main que le malade place derrière son pavillon. C'est ce que ne tardent pas à reconnaître les malades eux-mêmes, quand on peut leur démontrer, par une expérience facile, les avantages d'un moyen qu'ils ne dédaignent que parce qu'il est trop simple, trop vulgaire. Tous ces cornets compliqués, dispendieux, ne conviennent véritablement qu'aux malades manchots et aux fabricants qui ne le sont pas.

Voilà, cher confrère, un bien long article sur un sujet de peu d'importance, et vos lecteurs habituels vous reprocheront peut-être le temps qu'ils auront perdu à me lire, si toutefois ils me lisent. Cependant, je n'ai pas fini, et puisque l'occasion m'est offerte de vous parler de surdité, de maladies d'oreilles, je voudrais vous prémunir contre certaines illusions auxquelles vous cédez, à mon avis, un peu trop facilement. Je voudrais vous dire combien il est difficile d'instituer une expérience valable, surtout dans la thérapeutique des maladies de l'appareil auditif. Je voudrais que vous ne crussiez pas trop promptement aux assertions des guérisseurs, non que je les accuse de vous tromper, mais parce qu'ils peuvent se tromper eux-mêmes. Je voudrais que vous appprissiez à douter même du témoignage de vos sens, et que, quand on pratique devant vous certaines applications d'un médicament quelconque, vous n'arrivassiez pas aussi vite à une opinion favorable. Le doute est le vrai chemin de la science réelle, il faut s'entourer de mille précautions pour éviter les erreurs possibles, il faut connaître ces erreurs pour les éviter, il faut dégager le fait de tous les nuages qui peuvent l'entourer, l'obscurcir et n'arriver à une conclusion favorable que quand elle est tout à fait légitime.

La croyance aux spécifiques contre la surdité est une des plus grosses erreurs que l'on puisse reprocher, non pas aux sourds (il est si naturel de chercher la guérison), mais aux médecins, qui semblent tenir compte bien moins de l'impossibilité d'une telle découverte que des circonstances accessoires qui la rendent si désirable. Trouver un remède unique à un accident causé par une multitude de conditions différentes, c'est un de ces rêves d'un sommeil généreux, mais qui ne résiste pas aux lueurs du réveil. Nous ne sommes plus au temps où l'on cherchait dans une drogue quelconque un moyen certain de détruire une maladie, nous avons appris à voir dans une manifestation symptomatique l'expression d'une lésion matérielle de l'économie, et nous ne pouvons plus voir dans un phénomène, en apparence caractéristique, le symptôme univoque d'une lésion parfaitement isolée. Non, il n'est pas possible de trouver un moyen capable de guérir la surdité, mais il y a certainement des moyens de guérir certaines surdités. La difficulté du diagnostic n'est pas un motif de renoncer à l'établir régulièrement. Les diverses espèces de cécité ne céderont jamais à un traitement unique, il faudra adapter celui-ci à la forme reconnue de la maladie, distinguer ce qui appartient au cristallin d'avec ce qui dépend de la rétine, en un mot, établir avec soin le diagnostic de l'état morbide.

Ce que font tous les oculistes, tous les chirurgiens, pourquoi ne le ferait-on pas pour les maladies de l'appareil auditif? Pourquoi ne rechercherait-on pas

avec le même soin les caractères à l'aide desquels on peut établir que la faiblesse, l'imperfection ou l'absence d'audition sont le résultat de certaines modifications appréciables des parties constituantes de l'oreille? Parce que cet organe est moins facilement accessible que l'œil, s'ensuit-il qu'il soit impossible d'établir le rapport direct qui existe entre telle lésion et tel symptôme? Et parce que cela est difficile dans quelques cas bien plus rares qu'on le pense, faut-il, sous ce prétexte commode, courir après des spécifiques qui ne sont utiles qu'aux spéculateurs, et abandonner la voie rigoureuse de l'observation? Elle est déjà longue la liste de ces remèdes réputés universels, appliqués au traitement de la surdité ; parcourez l'énorme ouvrage de Merat et de Lens, et vous verrez des centaines de substances qui ont eu successivement leur vogue, leurs prôneurs, leurs dupes; mais l'expérience en cette matière est toujours à refaire, on suit opiniâtrément la route battue où les erreurs, la crédulité et l'exploitation se rencontrent à coup sûr, se soutiennent mutuellement, et servent d'encouragement aux médicastres futurs.

On ne saurait, à mon avis, blâmer avec assez de force et de sévérité des procédés aussi peu scientifiques. Mieux vaut cent fois le doute prudent et réservé (les impatients et les enthousiastes l'appellent *scepticisme*) que l'absence de critique, qui ouvre la porte à toutes les inventions de l'ignorance et de la mauvaise foi. Dans l'intérêt bien entendu de l'humanité et pour l'honneur de la science, il faut ne reconnaître pour remèdes efficaces que ceux qui ont été reconnus tels après une enquête sérieuse, faite par des personnes compétentes et qui acceptent la responsabilité de leurs assertions. Il serait à désirer que l'on ne vît plus, dans le domaine scientifique, des annonces légèrement faites et qui ne résistent pas aux nombreuses objections que la critique la plus polie, la plus bienveillante peut soulever dans l'intérêt de la vérité.

Agréez, etc. P. Menière.

Réponse à l'article précédent.

La publicité donnée par les journaux politiques au rapport de la Commission chargée, par S. Exc. le ministre de l'instruction publique, de constater la valeur du moyen employé par Mlle Cléret pour combattre la surdité, et par conséquent le retentissement qu'a obtenu cette médication empirique, trouble la conscience médicale de M. Menière. Il ne lui suffit pas d'avoir protesté déjà contre les conclusions de ce rapport, dans un journal consacré à l'éducation des sourds-muets, il profite aujourd'hui de l'occasion qui lui est offerte pour faire la leçon à la presse médicale, et il nous fait l'honneur de nous choisir. A l'exemple des anciens, pour lesquels il professe une grande vénération, notre confrère veut bien enduire de miel les bords du vase qu'il nous présente; seulement il se trompe d'adresse.

M. Menière ne saurait nous faire un reproche d'avoir publié ce rapport; c'était notre devoir. Toutefois, en reproduisant la partie du travail de M. Béhier, qui devait intéresser le plus les praticiens, nous avons commencé par rappeler que l'emploi de l'éther dans le traitement de la surdité n'était pas un enseignement nouveau; qu'il y avait longtemps que dans les cophoses de nature nerveuse Itard avait conseillé les injections de vapeurs d'éther par la trompe d'Eustache, et que son exemple avait été suivi par les médecins spécialistes les plus compétents, MM. Krammer et Hubert-Valleroux; nous aurions pu ajouter et M. Menière. Le fait nouveau consistait donc seulement dans l'essai de l'éther

en substance et sa projection dans le conduit auditif externe; restait à l'expérience à venir prononcer si ce procédé valait l'ancien mode, ou si chacun d'eux avaient leurs indications spéciales. Nous avons été plus loin : craignant que l'honorable rapporteur ne se fût laissé influencer par la position si intéressante de la pauvre institutrice et n'eût exagéré la portée de la nouvelle médication, nous avons fait un appel pressant à nos collaborateurs. Un certain nombre a déjà répondu; mais l'enquête est loin d'être terminée; au moment où nous traçons ces lignes, nous recevons de M. le professeur Alquié les résultats des essais tentés à la clinique chirurgicale de Montpellier. Nous avons en main d'autres documents qui nous permettront bientôt de revenir sur cette intéressante question.

Je crois que M. Menière a voulu battre sur notre dos et nos collègues de la presse et le rapporteur de la Commission. Ce procédé n'est ni juste, ni généreux. En publiant intégralement la lettre de notre savant confrère, nous avons voulu donner une nouvelle preuve que la presse médicale sait tolérer même une critique qui porte à faux. D.

L'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin, à l'exemple de celle de Lyon, vient de voter son annexion à l'Association générale.

La Faculté de médecine de Montpellier vient d'adresser sa liste de présentation pour la chaire de physiologie vacante dans son sein : M. le docteur Rouget, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est placé en première ligne; M. le docteur Moutet, en seconde ligne. — La liste du Conseil académique diffère de celle de la Faculté seulement en ce que M. Jacquemet est placé *ex æquo* avec M. Moutet en seconde ligne.

Le concours pour une place de chirurgien vacante au bureau central des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de M. Ulysse Trélat.

Parmi les questions posées en prix par la Société impériale de Lyon, nous remarquons la suivante : « Dans nos climats tempérés, les fièvres catarrhale, muqueuse, typhoïde, forment-elles trois maladies distinctes? En cas de réponse affirmative, comment les distinguer et les traiter? » Le prix est de la valeur de 300 francs.—Les mémoires envoyés au concours devront être adressés dans les formes académiques habituelles, avant le 15 août 1861, à M. le docteur Diday, secrétaire général de la Société, rue des Célestins, 5.

M. le docteur de Puisaye, médecin inspecteur adjoint de l'établissement d'Enghien, est nommé médecin titulaire de cet établissement, en remplacement de M. le docteur Boulland, démissionnaire. — M. le docteur Lebreton est nommé inspecteur adjoint.

M. le docteur Vitrac remplace comme médecin en chef de l'hôpital de Libourne M. le docteur Hérieé, dont nous avons à déplorer la perte récente. M. Hérieé était un des plus honorables représentants de la dignité médicale et de la bienveillance confraternelle.

Un nouvel établissement hydrothérapique vient d'être créé à Gérardmer, à proximité de la station d'Epinal, au pied des montagnes des Vosges. L'admirable qualité de ses eaux, la beauté de la contrée, l'air pur qu'on y respire, tout concourt à assurer à cette création un succès d'autant plus complet qu'elle manquait absolument dans l'est, et que les malades n'ont rien à désirer au point de vue du personnel médical et administratif préposé à la direction de cet utile établissement, où l'on admet aussi les convalescents.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de la phthisie pulmonaire à marche fébrile par le tartre stibié à doses rasoriennes longtemps continuées [1].

Par M. le docteur FONSSAGRIVES, professeur à l'Ecole de Brest.

Les règles de la diététique alimentaire qui doit coïncider avec l'emploi de l'émétique demandent à être formulées avec soin, car elles concourent puissamment au résultat que l'on recherche. Le premier jour, des bouillons de viandes doivent seuls être permis; au reste les malades, en proie aux perturbations digestives qui signalent souvent la première impression du traitement, se montrent de bonne composition, et manifestent peu d'appétence pour la nourriture. Le lendemain, deux potages sont permis ; le troisième jour, on en porte le nombre à trois, et on en augmente la quantité et la succulence ; le quatrième, on y joint des aliments légers : œufs, poissons; le cinquième, on permet de la viande rôtie en petite quantité, et très-généralement à la fin de la première semaine, le malade peut se nourrir sans tenir compte de la médication énergique à laquelle il est soumis. Il y a plus, une nourriture forte et substantielle est la condition d'une tolérance durable, et il est impossible de ne pas être frappé de la ressemblance qui existe sous ce rapport entre la médication stibiée et la médication arsenicale. L'augmentation de l'appétit est la conséquence habituelle de l'émétique; elle constitue un excellent signe d'assuétude et de tolérance, et, quand il manque, il ne faut pas hésiter à recourir, soit à la potion stibiée à véhicule amer, soit à des apéritifs spéciaux, administrés au moment des repas et en dehors du traitement. Relativement au choix des aliments, ils doivent être pris dans la catégorie de ceux qui ont une puissance nutritive énergique sous un petit volume; et il ne faut faire, sous ce rapport, aux appétences du malade que les concessions strictement indispensables. Quant aux boissons, une bonne quantité de vieux bordeaux coupé d'eau ou d'une infusion froide de houblon est celle qui convient le mieux. Je ne sais si le lait récemment trait pourrait être permis avec avantage aux phthisiques soumis à ce traitement : je n'ai aucune expérience à ce sujet.

L'alitement ne doit être recommandé que le premier jour ou les deux premiers jours au plus; l'exercice en plein air, quand le temps le permet, est un adjuvant très-utile, qui excite l'appétit, dispose au

[1] Suite et fin. —Voir la livraison précédente, p. 5.

sommeil et favorise la tolérance. Inutile d'ajouter que plus les influences climatériques auxquelles sont soumis les malades seront bénignes, plus on verra s'accroître les chances de réussite de la médication. Ce n'est pas une condition de succès indispensable; mais il faudra se l'approprier toutes les fois qu'elle sera possible.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer ne sembleront sans doute pas trop minutieux aux praticiens qui savent que tout dans une médication, même ce qui paraît le plus insignifiant, peut réclamer sa part légitime d'influence, et qu'il n'y a pas de contrôle expérimental sérieux, si on ne se place dans des conditions absolument identiques.

III. *Effets physiologiques apparents.* — La tolérance s'obtient quelquefois d'emblée, mais le plus ordinairement elle s'achète par quelques vomissements, des selles diarrhéiques et des nausées, accidents passagers qui, lorsque le traitement est bien conduit, ne dépassent pas d'ordinaire le premier jour. Au reste, tout est variable en cela et dépend des conditions individuelles d'idiosyncrasie. Il est des femmes qui vomissent avec une ou deux tablettes d'ipéca, celles-là payeront plus cher leur assuétude; mais encore, comme j'en ai vu un exemple il y a peu de jours, parviendra-t-on, avec de la persistance, à arriver à une tolérance assez prompte. Je ne me rappelle pas avoir été obligé d'interrompre le traitement une seule fois par le fait de la révolte gastrique ou intestinale; dans un très-petit nombre de cas, l'indocilité seule du malade et la conviction que je ne le gouvernerais pas à mon gré ont été une entrave à la continuation du traitement. Mais ces faits sont restés exceptionnels.

Une fois la tolérance conquise, elle ne se dément généralement plus, et, s'il survient quelques nausées ou vomituritions, ces accidents légers accusent toujours l'indocilité des malades qui ont trop rapproché les doses, ne les ont pas séparées par un intervalle suffisant du moment des repas, ou qui, laissant passer douze ou quinze heures sans prendre de potion, ont perdu momentanément le bénéfice de l'assuétude acquise. La diarrhée est un accident dont la rareté extrême m'a d'autant plus frappé que, connaissant la susceptibilité intestinale des phthisiques, j'appréhendais au début que ce ne fût là une pierre d'achoppement à la continuation de l'emploi de l'émétique. J'ai été complétement rassuré, et j'ai pu constater que l'établissement d'une constipation assez opiniâtre, qu'il faut combattre par des moyens appropriés, est à peu près la règle. Tient-elle, comme je me le demandais plus haut, à l'administration journalière de l'opium, ou bien à l'action antipéristaltique sourde qui résulte de

l'emploi prolongé de l'émétique? Je l'ignore, mais le fait est bien certain, et je ne manque pas de le faire constater par les médecins qui suivent mon service d'hôpital. Au reste, pour le dire incidemment, les auteurs exagèrent singulièrement la fréquence de la diarrhée dans les phénomènes ultimes de la colliquation tuberculeuse. J'ai fait un jour, il y a plusieurs années, un relevé des poitrinaires avancés qui se trouvaient dans mes salles d'hôpital, et j'ai constaté que les 9/10 avaient plutôt de la constipation que de la diarrhée. La fréquence extrême des sueurs colliquatives constitue une dépense humorale trop considérable pour que les autres sécrétions, et notamment les sécrétions intestinales, n'éprouvent pas une diminution compensatrice. La constipation s'établit alors comme dans les pays chauds, où la peau est incessamment baignée de sueur. Quoi qu'il en soit, le fait non-seulement de l'absence de diarrhée, mais même de la production de la constipation sous l'influence de l'émétique, ne saurait être méconnu.

J'ai très-soigneusement interrogé le creux de l'estomac et la langue chez les malades soumis à ce traitement prolongé, et ni l'un ni l'autre ne m'ont jamais accusé le moindre indice d'irritation gastrique. La langue se nettoie, devient rosée, et l'épigastre reste complétement indolent. Je dirai tout à l'heure que l'existence d'un commencement de ramollissement de la muqueuse de l'estomac ou de quelques plaques de muguet contre-indique de la manière la plus formelle l'emploi de ce traitement.

L'inappétence des tuberculeux, entretenue à la fois par la persistance de la fièvre et le passage incessant sur la muqueuse buccale de crachats purulents, visqueux et fétides, entretenue aussi par l'insomnie que provoque une toux fatigante, cette inappétence, dis-je, se dissipe quelquefois dès les premiers jours, qu'il y ait eu ou non des vomissements d'initiation; dans quelques cas même, les malades réclament avec énergie une augmentation dans la quantité d'aliments qui leur est permise. J'ai dit tout à l'heure qu'il fallait satisfaire ces exigences en tant qu'elles paraissent raisonnables, et ramener rapidement l'alimentation des phthisiques à ce qu'elle doit être dans l'état sain.

La fièvre tombe assez rapidement sous l'influence de l'émétique et c'est même là la mesure qui sert à graduer les doses du médicament; les exacerbations vespérales sont surtout modifiées, quelquefois même elles disparaissent complétement. Quand, au bout de quelques jours, elles s'accusent encore, quelque atténuées qu'elles soient, je n'hésite pas à donner de faibles doses de sulfate de qui-

nine, en profitant de l'un des intervalles habituels de l'administration de la potion stibiée. La chute de la chaleur et de l'aridité de la peau est un effet plus prompt et plus constant que la diminution des pulsations. Chez les tuberculeux le cœur devient très-excitable et bat avec beaucoup d'énergie, comme si, à la manière de ce qui se constate dans l'emphysème, il accroissait la force d'impulsion du sang à proportion des obstacles qu'il doit rencontrer dans le tissu pulmonaire; aussi, en l'absence même de toute chaleur fébrile, le pouls reste-t-il assez vite. C'est alors que l'association de la digitale à l'émétique présente un très-grand avantage. J'y ai recours invariablement toutes les fois que les phthisiques accusent ces palpitations de cœur qui sont le prélude *constant* d'une hémoptysie, et qui la précèdent quelquefois d'un jour ou deux.

J'ai constaté que, chez quelques malades, la suspension du médicament provoquait un mouvement fébrile très-réel, comme si le pouls enchaîné par l'action de l'émétique se relevait dès que cette entrave ne pèse plus sur lui. J'ai abandonné d'ordinaire ce mouvement fébrile à lui-même, et je n'ai pas tardé à le voir s'user spontanément.

Quant à la respiration, sa fréquence diminue d'une manière bien sensible, ce qui s'explique à la fois par la chute de la fièvre, la diminution de la congestion morbide qui se fait dans les vésicules placées autour des tubercules et dans la facilité de l'expectoration. Celle-ci n'est nullement modifiée en ce qui concerne les crachats provenant de la substance même des tubercules ramollis; ce sont des abcès dont la matière doit être nécessairement rejetée au dehors; mais la sécrétion sans cesse renouvelée, fournie par la sorte de membrane pyogénique qui tapisse les cavernes, le muco-pus versé par la muqueuse des tuyaux bronchiques avoisinant les cavités du parenchyme pulmonaire, diminuent d'une manière on ne peut plus sensible, et, au bout d'un certain temps, le travail de destruction progressive du poumon étant arrêté, l'expectoration se supprime d'elle-même.

Quant aux diverses sécrétions, celle des urines ne m'a paru que peu modifiée; peut-être cependant est-elle plutôt diminuée qu'accrue; mais ces sueurs abondantes, qui constituent l'une des portes par lesquelles s'écoule avec le plus de rapidité la vie des phthisiques, rentrent dans des proportions plus raisonnables, et n'ont de disposition à reparaître que quand les exacerbations fébriles tendent elles-mêmes à s'établir de nouveau.

L'antimoine semblerait, *à titre d'altérant*, devoir accuser à la

longue son action par une sorte d'accumulation métallique, de cachexie stibiée. Nous avons inutilement recherché le moindre indice de cette intoxication lente; rien ne nous porte à en admettre l'existence, et nous signalerions bien plutôt, sous l'influence du médicament, une reprise d'énergie nutritive et plastique dont nous avons maintes fois constaté l'existence. Un de mes malades de Cherbourg, en particulier, entré à l'hôpital avec une énorme caverne sous la clavicule gauche, et en proie à une véritable colliquation, avait pris, au bout de deux mois, toutes les apparences de la vigueur, et une succulence de chairs qui frappait tous ceux qui l'examinaient. La bonne hygiène à laquelle il avait été soumis à l'hôpital revendiquait certainement sa part dans cette transformation, mais elle prouvait au moins que trois mois d'administration de l'émétique n'introduisent nullement dans la nutrition les éléments d'une dyscrasie. Il est probable que l'émétique agit principalement *par contact*, qu'il n'est pas emmagasiné dans l'économie, et que diverses sécrétions l'entraînent au dehors. Il serait très-intéressant de rechercher la présence de l'antimoine dans les divers fluides ou tissus de l'économie à la suite d'une administration ainsi prolongée du tartre stibié. J'ai été détourné jusqu'ici de ces recherches, mais je me propose bien de les entreprendre incessamment.

On voit, en résumé, qu'à part ces perturbations passagères qui signalent fréquemment le début de l'administration de l'émétique, il ne produit ensuite aucun effet physiologique appréciable, et son action purement thérapeutique ne se traduit plus que par la disparition ou l'atténuation de certains phénomènes morbides.

La tolérance une fois acquise sera-t-elle indéterminée ? Je n'ai pas poussé l'emploi de l'émétique au delà de trois mois et demi ; mais au moment où je l'interrompais, l'économie paraissait si bien habituée à l'action du médicament, qu'il eût pu certainement sans préjudice être poussé beaucoup plus loin.

IV. *Indications et contre-indications.* — L'opportunité de la médication stibiée est établie toutes les fois que la phthisie revêt une forme fébrile, c'est-à-dire que les tubercules passent de l'état de crudité ou d'inertie à celui de ramollissement.

Le moment précis où la seconde période de la phthisie pulmonaire commence à se dessiner est celui qui indique le mieux l'emploi du traitement; c'est à cette époque aussi que son efficacité se déploie le plus complétement, et qu'on peut espérer de lui un résultat plus durable; à cette période, en effet, la constitution présente encore des ressources, et les poumons sont, sinon sains, puisque la

matière tuberculeuse les infiltre, du moins exempts de toute déperdition de substance. Dans la période de crudité pure, cette médication n'aurait aucune utilité, si la fièvre ne s'allume pas ; mais encore cependant conviendrait-il d'y recourir dans les bronchites intercurrentes qui la signalent, et qui, pour peu qu'on les laisse durer, accélèrent l'époque funeste du ramollissement aigu ; dans ces cas il faut employer une médication stibiée toute passagère, et dont la durée est subordonnée à celle du catarrhe fébrile qu'elle est appelée à combattre. Ce sont surtout ces rhumes saisonniers qui, au printemps et à l'automne, se manifestent avec tendance à la durée, dans des poitrines suspectes, qui indiquent l'emploi de l'émétique, lequel n'agit que comme moyen d'empêcher une irritation désorganisatrice de se fixer dans le tissu du poumon, et d'y mettre le feu aux germes morbides qui y sommeillent. La première période de la phthisie est habituellement apyrétique, l'hétérologue tuberculeux s'y dépose presque toujours silencieusement et peu à peu ; mais quelquefois cependant, quand le dépôt ou l'infiltration s'y font rapidement, ils sont précédés d'une congestion fébrile avec toux, qu'il n'est pas au-dessus des ressources du diagnostic de reconnaître, et qui, elle aussi, est justiciable de l'émétique à doses rasoriennes.

Dans la troisième période de la phthisie pulmonaire, les chances de réussite diminuent sans doute, mais, à moins que les cavernes ne soient multiples et étendues, il ne faut pas désespérer d'arrêter le travail de destruction et d'ouvrir au malade certaines chances d'oblitération ou de cicatrisation de ses cavernes, et par suite de le mettre dans des conditions relatives de durée. Mon excellent confrère et ami, M. de Méricourt, a sous les yeux actuellement un fait qui démontre toute l'efficacité que l'emploi persévérant de l'émétique peut déployer dans ces cas extrêmes. J'y ai eu recours avec le plus grand avantage dans des circonstances analogues, et des phthisiques voués à une colliquation prochaine ont dû certainement à ce moyen un répit dont la durée ne saurait être fixée.

En résumé, accidentellement et passagèrement utile dans le premier degré, ce traitement est électivement adapté au second, mais il peut encore être employé avec de grands avantages dans la période d'excavation pulmonaire, si les malades ne présentent par ailleurs aucun de ces symptômes ultimes qui précèdent de peu la mort, et qui constituent une contre-indication formelle (je veux parler de l'état lisse et dépourvu d'épithélium de la langue, de la sensibilité épigastrique et de la diarrhée, indices d'un ramollissement pulpeux

de la muqueuse gastro-intestinale) ; mais quand surtout l'apparition du muguet annonce l'approche de l'agonie, employer la médication, c'est en même temps en compromettre la valeur et accélérer le terme fatal.

La complication d'une laryngite ulcéreuse ne me paraît nullement une contre-indication. J'ai en ce moment un malade dont les poumons sont parsemés de tubercules crus ou en voie de ramollissement, mais qui ne présente pas de cavernes ; il succombera très-probablement à la phthisie laryngée, avant que l'état de ses poumons soit devenu incompatible avec la vie. Comme la fièvre est très-vive, je l'ai soumis depuis huit jours à l'emploi de l'émétique ; la tolérance s'est établie d'emblée, et le travail de ramollissement est déjà manifestement ralenti. Quel que soit le résultat définitif, il y a là une influence curative accusée. Je me propose de recourir à ce moyen dans les cas de laryngite tuberculeuse que je rencontrerai à l'avenir.

V. *Mode d'action.* — Quel est le mode d'action de l'émétique dans le traitement de la phthisie pulmonaire ? Agit-il sur la matière tuberculeuse elle-même, ou prévient-il, à titre d'altérant, cette dyscrasie particulière à la faveur de laquelle la matière tuberculeuse est engendrée, puis déposée, par une sorte d'excrétion, dans les mailles du tissu pulmonaire ? Nous n'admettons ni l'une ni l'autre de ces actions, et le tartre stibié ne nous paraît ralentir ou arrêter la marche du ramollissement tuberculeux qu'en éteignant ces myriades de pneumonies lobulaires qui entourent les tubercules isolés ou agminés, et qui, restreignant le champ déjà réduit de l'hématose, fournissent peut-être, par le plasma qui remplit les vésicules enflammées des éléments, à la génération de nouveaux tubercules. Il n'y a donc rien de mystérieux ni de spécifique dans cette action du tartre stibié qui s'adresse uniquement, comme dans la pneumonie simple, à l'un des éléments morbides de la phthisie, l'inflammation, élément très-réel qui se subordonne la fièvre, et dont les théories de physiologie pathologique, produites à propos de la phthisie pulmonaire, ont abusivement restreint ou exagéré l'influence.

VI. *Résultats thérapeutiques.* — Ce que nous venons de dire montre que l'emploi persévérant et réitéré de l'émétique, n'ayant aucune prise sur les désordres actuellement existants, a pour unique résultat de les empêcher de s'accroître, de les isoler en quelque sorte de l'économie, d'empêcher leur retentissement sympathique sur les autres fonctions, de maintenir en d'autres termes la phthisie

sous cette forme lente, stationnaire, apyrétique, qui ne compromet jamais la vie et qui permet de tirer tout le bénéfice possible des huiles de foie de morue, des balsamiques, des eaux minérales des Pyrénées, tous moyens dont l'usage est formellement contre-indiqué dans l'état aigu ou fébrile de la phthisie pulmonaire.

Est-ce à dire que cette médication limitée aux cas que nous avons spécifiés avec soin atteindra toujours son but, c'est-à-dire éteindra la fièvre et avec elle le ramollissement dont elle n'est que l'expression? Non, sans doute; nous avons rencontré des sujets chez lesquels ce traitement était impuissant, soit qu'il fût employé à une époque trop avancée de l'affection, soit que la tendance à la désorganisation du poumon présentât cette fatale activité que rien n'arrête; mais nous pouvons affirmer que ces cas constituent heureusement une exception assez rare, et que les 4/5 au moins des malades soumis au traitement rasorien y puisent des conditions on ne peut plus évidentes de mieux-être, de durée, ou de guérison.

VII. *Conclusions.* — Je résume dans les conclusions suivantes les principales données de ce travail :

1° Quel que soit le rôle que l'on fasse jouer dans la phthisie pulmonaire à l'élément inflammatoire, qu'il soit la cause ou le résultat du dépôt de la matière tuberculeuse, il est incontestable qu'il prend une très-grande part à la production des désordres qui signalent le passage d'un degré à un autre ou la progression d'un même degré. Sous son influence, des pneumonies lobulaires avec oblitération plasmatique des vésicules se forment autour des dépôts tuberculeux, et la fièvre est la conséquence si nécessaire de ce travail inflammatoire, qu'on peut affirmer qu'il s'opère, sous quelque proportion que ce soit, dès que chez un tuberculeux le pouls devient fébrile.

2° L'émétique, employé à hautes doses et très-longtemps, arrête les congestions ou les inflammations localisées qui se produisent autour des tubercules crus et empêche ceux-ci de passer au ramollissement ou à la suppuration.

3° L'existence de la fièvre indique l'opportunité de cette médication qu'il faudra prolonger, à moins d'intolérance exceptionnelle, jusqu'à ce que l'état apyrétique soit solidement rétabli.

4° Les bronchites intercurrentes et les congestions fébriles du premier degré, toute la période de ramollissement et même celle d'excavation tuberculeuse, quand le marasme et les perturbations ultimes des fonctions digestives ne se sont pas encore manifestés,

indiquent l'emploi de ce moyen; mais son opportunité la plus réelle est fournie par le début de la période de ramollissement.

5° L'usage d'une alimentation copieuse et réparatrice est une condition essentielle de tolérance et d'utilité du médicament.

6° L'émétique peut être administré pendant plus de trois mois sans produire aucun accident; les fonctions digestives semblent au contraire mieux s'exercer sous son influence, il n'y a jamais de diarrhée, et la nutrition reprend d'une manière très-sensible.

7° Il convient de suspendre la médication dès que la fièvre est arrêtée, sauf à la reprendre aussitôt qu'une nouvelle poussée de ramollissement se manifeste.

8° On peut par ce moyen maintenir la phthisie à l'état chronique ou apyrétique, et ouvrir ainsi une voie d'opportunité à l'emploi des moyens opposés avec plus ou moins de succès à la diathèse tuberculeuse.

9° On arrive, en alternant ces deux ordres de ressources, à prolonger considérablement la vie des tuberculeux, et dans quelques cas même à enrayer les progrès des tubercules et à en faire une lésion organique sans retentissement sympathique, et jusqu'à un certain point indifférente à la vie.

Je ne puis en terminant que solliciter vivement mes confrères des hôpitaux de Paris, placés sur un vaste théâtre d'observation, à répéter ces essais dont l'innocuité m'est d'ailleurs parfaitement prouvée par une expérimentation de plusieurs années. S'ils arrivent, comme j'en ai la ferme confiance, à des résultats confirmatifs des miens, ils auront concouru avec moi à la réalisation d'un progrès thérapeutique d'autant plus important que les ravages de la phthisie sont plus grands et que l'art est plus désarmé en présence de ce fléau.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement du goître par les applications topiques du deuto-iodure de mercure.

Par le docteur J. Mill Frodsham, médecin du dispensaire général de Farringdon.

Voilà plus de deux ans déjà que le docteur Moréal, inspecteur des prisons du Bengale, a fait connaître le traitement si remarquable employé par le capitaine Cunningham, du 11e régiment de cavalerie irrégulière, pour la cure du goître, à l'aide des applications topiques du deuto-iodure de mercure (*Bulletin de Thérapeutique,*

t. LIV, p. 276). Depuis cette époque, il a été accordé si peu d'importance à ce traitement, que je crois de mon devoir d'appeler de nouveau l'attention des médecins sur un moyen d'une efficacité si remarquable dans une maladie des plus désagréables et souvent des plus rebelles. J'ai eu moi-même l'occasion fréquente de m'assurer de son efficacité, et toujours avec les résultats les plus favorables.

Il y a pourtant une petite difficulté relative à son application dans les pays froids, c'est que, l'action des rayons solaires étant absolument nécessaire à son action curative, on ne peut compter sur un succès complet que dans les mois d'été. Voilà, du reste, le plan que j'ai constamment mis en usage chez les malades soumis à mes soins :

Une pommade de deuto-iodure de mercure (80 centigrammes pour 30 grammes d'axonge) est d'abord employée en frictions sur la tumeur, pendant plusieurs jours ; puis, profitant d'une journée très-chaude et d'un soleil très-vif, le malade va s'exposer aux rayons solaires, la tumeur couverte d'une couche épaisse de pommade et la tête fortement relevée en arrière. En général, au bout d'une heure, il y a déjà une sensation assez vive de brûlure. Le malade retourne chez lui et cesse entièrement de faire des frictions avec la pommade.

M. Moréal avait donné le conseil d'employer la chaleur artificielle, et pensant comme lui qu'elle pourrait avoir une influence analogue à celle des rayons solaires, bien qu'à un degré moindre, j'ai fait plusieurs expériences, mais généralement avec bien peu de succès. Dans un cas, j'avais fait asseoir le malade devant un grand feu; dans un autre, j'avais tenu un fer rougi à blanc à une petite distance de la tumeur. Dans ce dernier cas, la douleur devint si vive, qu'il fallut y renoncer.

Quelques-uns des cas que j'ai soumis à ce traitement et dans lesquels j'ai obtenu le succès le plus complet étaient de très-ancienne date et avaient résisté à tous les remèdes, tant internes qu'externes. Une femme portait son goître depuis quatre ans, et depuis un an elle prenait l'iodure de potassium à l'intérieur et faisait des frictions sur la tumeur avec la pommade iodurée, le tout sans le moindre avantage. Le biiodure fut appliqué une fois : avant un mois le volume de la tumeur avait diminué de deux pouces ; après six mois, il n'en restait plus aucune trace.

La supériorité de ce mode de traitement consiste dans sa grande propreté, — il n'altère en rien ni la couleur, ni la continuité de la surface cutanée — enfin et surtout dans la rapidité de son action

(une seule application suffit en général). Quant à son mode d'action, tient-il à la rapidité de l'absorption ou à une action chimique? je laisse à d'autres le soin de le décider.

Note sur un procédé mécanique simple et facile de remédier à une espèce fréquente d'entropion.

Par le docteur SICHEL.

L'*entropion*, ou renversement en dedans des paupières, est une maladie qui présente une certaine gravité, puisqu'elle oppose un obstacle mécanique à l'action physiologique de l'organe de la vue, et qu'elle peut même aller jusqu'à être la cause occasionnelle de la destruction complète du globe oculaire.

Il est telles espèces de cette affection qui ne cèdent qu'à l'emploi approprié d'un procédé opératoire; mais il en est une, cependant, qui précède presque toujours les autres, et qui guérit, dans la grande majorité des cas, par un moyen aussi simple que facile, que notre expérience personnelle nous a fait connaître, et dont nul auteur, que nous sachions, n'a fait mention jusqu'ici.

On sait que, dans les ophthalmies accompagnées de violente photophobie, d'engorgement et de distension très-considérables des vaisseaux sanguins de la conjonctive, les malades s'habituent insensiblement, surtout si ces phlegmasies passent à l'état chronique, à contracter fortement les paupières, dans le double but de s'abriter contre l'éclat de la lumière et d'expulser les corps étrangers que, d'après leurs sensations, ils croient exister à la face antérieure du globe. Cette contraction permanente du muscle orbiculaire finit par renverser en dedans le bord libre de la paupière inférieure, dont le cartilage tarse, excessivement étroit, cède plus facilement aux efforts du blépharospasme que celui de la paupière supérieure, d'un diamètre vertical plus considérable; le cartilage de la paupière inférieure ne peut plus résister, au bout d'un certain temps, à cette action incessante; il subit, à son tour, une incurvation qui se prononce de plus en plus, à la longue, et qui se convertit finalement en un renversement complet.

Disons tout de suite que, lorsque l'affection en est arrivée à ce degré, le moyen que nous allons proposer manque le plus souvent son effet.

L'entropion reste, dans la plupart des cas, borné à la paupière inférieure; c'est ce qui arrive le plus fréquemment après les ophthalmies chroniques et les opérations de cataracte, lorsque les opérés,

soit par manque de volonté, soit par une trop grande impressionnabilité rétinienne, tiennent trop longtemps les yeux fermés.

C'est dans cette variété d'entropion, qu'on a appelée *spastique*, que l'on a conseillé de pratiquer de fréquentes tractions sur la paupière inférieure, ou de la renverser en dehors et en bas sur la joue, à l'aide de bandelettes agglutinatives.

Ces moyens, impuissants pour combattre la contraction permanente du muscle orbiculaire, ont toujours échoué entre nos mains. Une manœuvre bien simple, au contraire, nous réussit le plus souvent complétement. Voici en quoi elle consiste. Au lieu de tirer verticalement sur la paupière inférieure et d'en amener l'abduction et l'abaissement complet, on ne fait que l'abaisser modérément et la tendre verticalement, à l'aide des doigt *index* et *medius*, de manière à l'écarter sensiblement de l'hémisphère antérieur de l'œil; puis, appliquant la pulpe de l'un de ces doigts au-dessus du rebord inférieur de l'orbite, sur la partie adhérente de la paupière, on enfonce légèrement ce doigt, d'avant en arrière, dans la partie antérieure de cette cavité, jusqu'à ce que le bord libre de la paupière soit fortement renversé en dehors et fasse, pour ainsi dire, la bascule. La pression doit s'exercer doucement et de manière que le doigt longe, pour ainsi dire, la partie antérieure du plancher de l'orbite, sans comprimer ou irriter le globe. Cette manœuvre, aussi simple que facile, répétée par le malade tous les quarts d'heure, ou même plus souvent, finit par redresser la paupière et par la rétablir dans sa position normale.

Notons, toutefois, qu'il est nécessaire de continuer simultanément le traitement antiphlogistique dérivatif et antispasmodique, pour combattre l'ophthalmie, ainsi que la photophobie et le blépharospasme qui en dérivent.

Le même procédé, à quelques modifications près, peut être avantageusement appliqué au traitement de l'entropion de la paupière supérieure, beaucoup plus rare, en vérité, et infiniment plus difficile à guérir.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Recherches sur la digitaline et les produits de sa décomposition. De l'action de l'acide sulfurique sur les glucosides : santonine, gaïacine, résine de scammonée (1).

Il semble qu'après les nombreux travaux qui ont été faits sur la

(1) Analyse d'une thèse soutenue devant la Faculté des sciences de Nancy,

digitale et les minutieuses recherches dont cette plante a été l'objet, il devait rester bien peu de chose à dire sur ce sujet; M. Kosmann y a cependant trouvé matière à un important mémoire dont nous allons essayer de donner une idée.

C'est sur le principe actif de la plante, la digitaline, que M. Kosmann a dirigé ses recherches. Dans le but de permettre à tout le monde de répéter ses expériences et d'en constater l'authenticité, il commence par décrire avec soin le procédé qu'il a employé pour la préparation de la digitaline et pour sa purification. L'auteur insiste sur cette précaution dernière, indispensable pour séparer la digitaline pure de deux autres principes, la digitalose et le digitalin, qui l'accompagnent toujours et qui peuvent masquer une partie de ses propriétés. Cela fait, il étudie avec soin les propriétés de la digitaline et examine l'action des réactifs aux deux points de vue positif et négatif.

Ce travail préparatoire fait, l'auteur aborde la partie des recherches analytiques. C'est là la partie vraiment originale de cette thèse : nous la résumons en peu de mots.

Lorsqu'on fait bouillir pendant une heure, en ayant soin de remplacer l'eau évaporée, de la digitaline dans l'acide sulfurique étendu d'eau, la liqueur se colore en jaune et il se précipite un corps blanc floconneux qu'on peut recueillir sur un filtre, laver et peser. Si on sature la liqueur filtrée par du carbonate de chaux, qu'on l'évapore aux deux tiers et qu'on précipite par l'alcool le sulfate de chaux, il reste une liqueur qui, évaporée à siccité, donne un résidu extractif. Ce résidu dissous dans l'eau distillée et additionnée de la liqueur alcaline de tartrate cupro-potassique, il se forme par la plus légère ébullition un abondant précipité d'oxyde de cuivre brun rouge.

Cette expérience répétée plusieurs fois donne toujours le même résultat, et, si on opère sur une quantité de digitaline un peu forte, il est possible de constater dans la liqueur la fermentation vineuse, le dégagement d'acide carbonique et la formation de l'alcool, dont la présence dans la liqueur distillée peut se déceler par le bichromate de potasse, l'acide sulfurique et l'ammoniaque.

La digitaline se trouve donc ainsi dédoublée en deux substances, le glucose et une substance inconnue jusqu'à ce jour, à laquelle l'auteur a donné le nom de *digitalirétine*.

---

pour obtenir le grade de docteur ès sciences, par Constant Kosmann. Les recherches du savant pharmacien de Nancy viennent à l'appui de la belle théorie du dédoublement des matières organiques, inaugurée il y a plus de quarante ans par les remarquables travaux de M. Chevreul sur les corps gras.

La partie résineuse qui se sépare pendant l'ébullition étant lavée, séchée et traitée par l'alcool à 90 degrés centésimaux bouillant, elle se dissout entièrement. La solution filtrée et évaporée se prend par le refroidissement en une masse grenue qui, de nouveau reprise par l'alcool et évaporée lentement, donne par le repos une masse composée de petits grains brillants, qui roulent à l'état humide comme des grains de sable.

La digitalirétine est à peu près insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool froid, mais davantage à chaud, rougissant très-légèrement la teinture de tournesol, insoluble dans les liqueurs alcalines, sans réactions d'ailleurs bien remarquables avec les divers agents chimiques. L'analyse de la digitaline et de la digitalirétine complète la première partie du travail sur la digitale.

Dans la deuxième est étudiée l'action de la soude caustique sur la digitaline. Lorsqu'on la fait bouillir d'une manière prolongée avec cet alcali, la dissolution devient complète ; mais cette fois il n'y a pas formation de glucose. Si on sature la liqueur par l'acide sulfurique, qu'on évapore à siccité et qu'on reprenne la masse saline par l'alcool bouillant, on obtient une cristallisation très-distincte d'un sel qui contient de la soude et un acide particulier que l'auteur appelle *digitalinique*. Ce sel, décomposé par l'acide sulfurique dilué, donne un précipité floconneux, lequel, traité par l'alcool, donne par l'évaporation une masse cristalline qui constitue l'acide en question et dont l'auteur a fait l'analyse élémentaire.

Non content de ces remarquables résultats, l'auteur a poursuivi ses observations sur d'autres substances indifférentes, telles que la santonine, la gaïacine, la résine de scammonée, la résine de jalap, et il a reconnu que la manière d'agir de l'acide sulfurique sur ces divers produits était exactement la même, c'est-à-dire qu'ils se dédoublent en glucose et en certains corps particuliers auxquels l'auteur a imposé des noms analogues à celui de la digitalirétine.

En résumé, voici les résultats nouveaux que nous avons à signaler dans cette thèse :

1° La digitaline est susceptible d'être dédoublée en un corps nouveau, la digitalirétine, et en glucose.

2° La digitaline, soumise à l'action de la soude caustique, est transformée en un corps nouveau, l'acide digitalinique, susceptible de former des sels cristallisables et de se dédoubler lui-même, sous l'influence des acides, en glucose et en digitalirétine.

3° La digitaline peut exister sous deux états : la digitaline anhydre et la digitaline hydratée.

4° La santonine peut être dédoublée en un corps nouveau, la santonirétine, et en glucose.

5° La gaïacine est susceptible du même dédoublement en un corps nouveau, la gaïarétine, et en glucose.

6° La résine de scammonée pure peut de même être dédoublée en scammoniol et en glucose.

Pilules sédatives.

Rien n'est aussi efficace que les pilules suivantes contre l'insomnie des hypocondriaques, des hystériques, et en général de toutes les personnes atteintes de maladies nerveuses :

Assa fœtida.............	4 grammes.
Sulfate de morphine.....	20 centigrammes.

Faites trente pilules. Une ou deux avant de se coucher.

Ces pilules, administrées au nombre de deux à quatre par jour, sont aussi excellentes pour calmer la toux sèche à laquelle sont quelquefois sujettes les femmes nerveuses mal menstruées.

Nouveau procédé pour la préparation de la poudre de Vienne.

La préparation de la poudre de Vienne, telle que la propose la pharmacopée allemande et que l'ont acceptée nos formulaires officiels, consiste à pulvériser dans un mortier chaud un mélange fait avec partie égale de chaux et de potasse caustique. Or, il arrive souvent que le produit ainsi obtenu ne remplit pas les indications prescrites, ce qui, la plupart du temps, tient à un vice de préparation, ou à l'emploi de chaux ou de potasse trop hydratés; il résulte de là que cette préparation si simple provoque les plaintes légitimes des praticiens qui l'emploient.

Le procédé que je propose, s'il complique un peu cette préparation, a le grand avantage d'offrir toujours et partout un médicament sur l'activité et la rapidité duquel on peut compter.

Il consiste à fondre ensemble dans une cuiller de fer le mélange de chaux et de potasse caustique, à couler sur un marbre, puis à pulvériser après refroidissement. On obtient ainsi une poudre qui peut atteindre une grande ténuité, et qui, délayée avec une suffisante quantité d'alcool pour obtenir une pâte molle, jouit d'une grande activité et forme une escarre en quelques secondes.

DANNECY.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des indications particulières et du traitement des différentes formes de la pleurésie avec épanchement.

Nos ouvrages classiques énumèrent parfaitement les différentes ressources thérapeutiques que nous avons à opposer à la pleurésie; mais malgré les progrès de la science, ceux même de son exposition, ces livres n'indiquent pas assez : 1° les moyens sur lesquels il faut le plus compter ; 2° ceux qu'il faut rejeter généralement ou n'employer que sous telles conditions et avec des formes particulières de la maladie; 3° quels sont les cas qui réclament plus particulièrement d'insister sur un remède plutôt que sur un autre; 4° quels sont les autres cas qui impliquent de revenir à des moyens que la chronicité du mal ou la faiblesse du sujet semblent devoir proscrire; 5° quelles sont les modifications que peuvent apporter à ce traitement le climat ou les habitudes du malade.

Les traitements décrits semblent être un patron que l'on peut appliquer à tous les cas. De sorte que le jeune praticien, ou celui qui n'étudie pas suffisamment les phénomènes qu'il a sous les yeux, est exposé à appliquer un traitement invariable ou incomplet, et par ce fait souvent inefficace et quelquefois dangereux. Ainsi dans nos meilleurs ouvrages, tels que le *Compendium de médecine*, le *Guide* de Valleix, à peine si l'on met suffisamment en relief l'inutilité des vésicatoires, dont on avait tant abusé dans les épanchements. Sur les plus grandes questions, celle de la diète particulièrement, à peine vous en ont-ils montré les avantages pour favoriser la résorption de la sérosité épanchée qu'ils vous opposent les bienfaits du retour des forces pour débarrasser de la fin d'un épanchement. D'où il suit que pour tirer tout le parti possible de la médication tracée dans ces beaux ouvrages, il faut être déjà praticien consommé. Le jeune médecin ne peut y puiser une expérience uffisante, y trouver un guide rassurant sur les divers problèmes qu'il est obligé de résoudre au lit du malade. Après les avoir lus, à peine s'il restera présent à ses yeux le tableau en raccourci qu'en traçait Chomel en 1827, et que je ne puis m'empêcher de reproduire, tant il est précis et semble résumer aujourd'hui encore la science et la pratique générale.

« Les saignées générales et locales, une abstinence absolue de toute espèce d'aliments, l'usage de boissons rafraîchissantes et

gommeuses, le repos du corps, et spécialement celui des organes respiratoires, sont les principaux et presque les seuls moyens qu'on oppose à la pleurésie, dans le but de prévenir, d'arrêter ou de modérer dans ses progrès l'inflammation, et d'empêcher l'épanchement, qui en est l'effet le plus ordinaire et le plus à craindre. Quand cet épanchement existe, on cherche à en favoriser la résorption par l'application de divers exutoires, par l'usage des boissons diurétiques et laxatives, des préparations antimoniées, des frictions mercurielles. L'opération de l'empyème offre enfin une dernière ressource dans les cas où l'impuissance des remèdes ordinaires est démontrée. » (*Dictionnaire* en vingt et un volumes, t. XVII, p. 149.)

Malheureusement dans ce tableau rétréci, mais complet, d'un maître habile, la plupart des médecins ne voient que les points saillants, les objets en relief, oubliant les teintes qui les relient et qui seules peuvent donner leur juste valeur aux premiers. Ainsi, au lieu de comprendre que les saignées, la diète et les boissons doivent constituer les seuls ou presque les seuls moyens pour prévenir comme pour arrêter ou faire résoudre l'inflammation, si cette inflammation ne cède pas entièrement dès les premiers jours de ce traitement, le médecin croit le tour des vésicatoires arrivé et ne manque pas de les appliquer, soit parce qu'à force d'en avoir mis ils n'ont pas toujours été funestes et qu'il a cru ainsi à leurs bons effets, soit parce que des matrones qui les ont vu employer dans des maladies à peu près semblables, impatientes de voir faire quelque chose de nouveau, les auront déjà réclamés. A plus forte raison seront-ils appliqués, si l'épanchement est survenu malgré les saignées. Alors le médecin, persuadé que le vésicatoire s'adresse à l'épanchement, comme semble l'avoir dit Chomel même, sans faire attention au reste de fièvre qui témoigne encore de l'activité de l'inflammation, sans réfléchir que c'est plutôt les conditions dans lesquelles se trouve l'organisme que le remède lui-même qui doivent décider de l'absorption, appliquera résolûment l'emplâtre cantharidé. Il est des praticiens même qui l'appliquent pour combattre la douleur, tant on est habitué à regarder la maladie comme un être concret et nuisible, qu'il s'agit de décapiter par quelque moyen que ce soit, ignorant toujours que la maladie n'est autre chose qu'un phénomène physiologique perverti, avec lequel il faut compter avant toute chose, c'est-à-dire chercher ses phases d'évolution, afin de les ramener par un chemin inverse au rhythme normal de la fonction. Nos remèdes ne peuvent jamais être que des moyens d'imprimer à l'orga-

nisme un mouvement, une action plutôt qu'une autre, et ce travail montrera, en effet, que précisément par ce fait nos remèdes agissent souvent d'une manière tout opposée, suivant le moment de la maladie, c'est-à-dire les conditions où se trouve l'impulsion organique. C'est aussi ce moment d'opportunité qui constitue à la fois toute l'habileté et toute la difficulté pratique, parce que c'est un problème à résoudre pour chaque maladie, c'est un écueil à éviter à l'occasion de chaque malade. Or, malgré ces difficultés réelles, il y a encore les entraves attachées à notre faiblesse intellectuelle, à l'esprit de routine, à l'empire de l'habitude, à la pente naturelle vers tout ce qui est commun ou vulgaire. Aussi presque tous les médecins, dans la pleurésie, appliquent à l'envi, pour ne pas dire à tort et à travers, des vésicatoires, sans prendre garde que déjà MM. Monneret et Fleury, Valleix, par une étude plus approfondie des faits, les accusent d'être généralement plus nuisibles qu'utiles, que Laënnec a condamné depuis longtemps la pratique des médecins qui ont cette habitude, « car cette application faite trop tôt augmente l'épanchement. » (*Traité de l'auscultation*, 4e édit., t. II, p. 512.) J'ajouterai surtout qu'elle augmente l'inflammation locale, parce qu'elle augmente la fièvre, les deux plus grands obstacles à la résolution de l'hypérhémie de la plèvre, comme de l'épanchement ; qu'enfin cette fièvre et cette inflammation sont quelquefois doublement augmentées par le vésicatoire, soit par son effet stimulant passager, soit par le retard que l'on met à employer les saignées, alors qu'on attend le résultat de la vésication.

Encore cette excitation passagère du vésicatoire a une action tout à fait différente suivant les circonstances. S'il y a trop d'inflammation générale (j'entends par là la fièvre et la disposition qu'a le sang à charrier un excès de fibrine pour augmenter la lésion pathologique), une fois l'impulsion donnée à l'organisme, pendant qu'on néglige les moyens d'atténuer cette fièvre et de diminuer la quantité de fibrine du sang, la maladie marche, utilisant ainsi toutes ses conditions défavorables. Or, la pratique m'a appris, comme on le verra, qu'il n'est pas toujours temps de revenir sur le moment manqué, que c'est quelquefois impossible, et que même, dans la plupart des cas, nous ne faisons pas suffisamment attention aux petits incidents qui surviennent dans le cours des maladies, et qui souvent sont imprimés par le caprice du malade, l'ignorance, la hardiesse ou la complaisance des gardiens. Entre bien des observations qui m'ont fait faire pareilles réflexions, en voici une récente dont je viens d'être malheureusement le témoin, et qui, tout en

servant d'introduction aux principes que je viens émettre, pourra encore être utile par elle-même à quelque praticien.

Une fille de quatorze ans non réglée, ayant les apparences d'une excellente santé, parce qu'elle était très-colorée, toussait et crachait depuis trois mois, lorsqu'elle est prise d'une pneumonie dont nous venons d'avoir une sorte d'épidémie. Cette fille se désolant de l'idée d'être saignée, je lui fis appliquer des sangsues et donner une potion stibiée. Ces sangsues coulèrent si abondamment, qu'elles inondèrent de sang le lit de la malade, produisirent une syncope, arrêtèrent le crachement de sang, détruisirent la douleur de côté, et affaiblirent le pouls tellement, qu'il n'y avait presque plus de fièvre. Heureux de cet effet, sans cependant croire à la terminaison de la maladie, je prescrivis la continuation de la potion stibiée et des boissons abondantes, sans permettre le plus léger bouillon pour relever la faiblesse. Le lendemain on me dit qu'elle a beaucoup toussé, qu'elle n'a pas transpiré. Cependant, comme le pouls ne s'est pas relevé, que la pâleur de la malade reste la même, j'espère encore en la sédation, mais je n'en continue pas moins les boissons et le tartre stibié, lorsque le soir je vois reparaître la fièvre et le crachement de sang. J'en accuse l'obstination de la malade à tenir toujours ses bras en dehors du lit, ce qui peut avoir empêché la transpiration, lorsque le lendemain la mère m'avoue que sa fille ne boit pas, qu'il y a deux jours à peine qu'elle prend de sa potion, parce qu'elle la trouve douce et fraîche, mais qu'elle se refuse presque à boire de la tisane. Dès lors, saignées répétées et tartre stibié à plus haute dose restèrent sans résultat, le pouls se maintint fort et fréquent, malgré la pâleur et la sécheresse de la peau. La toux, le crachement de sang continuèrent, et la malade succomba.

Or, je me suis demandé s'il fallait accuser simplement la gravité du mal d'une pneumonie entée sur un catarrhe, ou s'il fallait voir dans ce défaut de boisson, au moment de la sédation de l'inflammation pulmonaire, un obstacle aux derniers mouvements physiologiques curateurs. En effet, n'est-il pas permis de penser qu'à ce moment de la rémission de tous les symptômes de la maladie, alors qu'il aurait fallu bien boire pour porter à la peau et à toutes les sécrétions, afin de juger définitivement la maladie selon le vœu de la nature, comme disait Bordeu, ce manque de boisson a été la cause du retour de l'inflammation, et par suite de la mort, parce que plus tard l'organisme n'était plus apte à soutenir la lutte et à produire enfin une réaction suffisante ?...

Ainsi en est-il pour la pleurésie, lorsque le moment a été négligé !... Ainsi se démontrent l'insuffisance des leçons trop concises de nos grands maîtres, les fausses interprétations auxquelles elles peuvent donner lieu, et par conséquent l'opportunité de ce travail, si

je parviens à indiquer aux praticiens quelques-uns de ces moments de la pleurésie qui exigent un traitement plutôt qu'un autre. C'est au reste une pratique de vingt-cinq ans que je vais dérouler, mais une pratique, je prie de ne pas l'oublier, qui s'exerce dans des pays agricoles et méridionaux, c'est-à-dire sur des sujets ordinairement plus robustes qu'ils ne paraissent, à ressources puissantes par conséquent, mais aussi à graves inconvénients, précisément par cette même force organo-plastique, et souvent par leur incurie ou leur ignorance.

Mon travail enfin sera justifié par la démonstration de l'abus que l'on fait des vésicatoires dans la pleurésie, abus qu'il est indispensable de dévoiler, parce que les deux conditions qui le soutiennent ne feraient que le fortifier. Je veux parler de la routine médicale et des habitudes populaires encouragées les unes par les autres, puisque le vulgaire se trouve à la fois enchanté du moyen et du médecin qui le conseille. Voyons cependant, consultons les faits, et nous trouverons manifestement ici la confirmation de ces paroles prononcées par je ne me rappelle plus qui :

Un peu de vérité fait l'erreur du vulgaire !

Premier fait. — Il y a vingt ans environ qu'en allant visiter un de mes parents à sa campagne, à Valensole, on me montra par hasard un enfant du fermier. Cet enfant, âgé de six à sept ans, jouait dans la basse-cour, et on l'appela pour me montrer un bouton, disait la mère, qui lui survenait sur la mamelle. Cet enfant arrive auprès de moi avec la meilleure physionomie, teint halé, joues rebondies, chairs fermes; puis, lorsque j'examine ce bouton, je trouve une tumeur du volume d'une noix, sans inflammation ambiante, molle et réductible à la pression. La pensée d'un épanchement pleurétique voulant se faire jour me vint aussitôt, et, malgré mon étonnement, l'existence de cet épanchement me fut démontrée au même instant par la matité de tout le côté de la poitrine. Je demande si l'enfant ne s'est pas plaint, il y a quinze jours ou un mois. Non, m'assure-t-on ; il a mangé, dormi comme d'habitude; il s'est traîné dans les environs de la ferme comme toujours, et ce n'est que depuis quelques jours, dit la mère, que je me suis aperçue du bouton qu'il a au côté. A ces symptômes ne pouvant méconnaître une pleurésie des plus latentes, avec épanchement prêt à s'abcéder, redoutant alors l'introduction de l'air dans la plèvre plus que je ne le ferais peut-être aujourd'hui, ma première pensée fut de faire résorber, si c'était possible, le liquide épanché dans la poitrine et de m'opposer autant que faire se pourrait à l'ulcération de la peau. Or, à cette époque, j'avais pleine et entière confiance à l'action du vésicatoire sur les épanchements, et je conseillai à la fermière de ne rien mettre pour ramollir la peau de la tumeur, mais d'appliquer successivement huit, dix vésicatoires et même plus sur tout le côté

de la poitrine de cet enfant, en commençant par derrière par les points les plus éloignés, sans jamais en appliquer sur la tumeur elle-même. Ma confiance aux vésicatoires était telle que je ne lui fis pas d'autre prescription ni en régime ni en traitement intérieur.

Je n'ai jamais plus revu ni la mère ni l'enfant, que je croyais même mort, lorsque M. Hippolyte de Monval, mon oncle, m'assura, plus d'un an après, que cet enfant avait parfaitement guéri à la suite du traitement que je lui avais conseillé.

Il est à remarquer que la pleurésie chez cet enfant s'est développée pour ainsi dire sans qu'il s'en doutât. Il eut si peu de fièvre que son état général n'en fut pas troublé. Même appétit, mêmes habitudes, même coloration, même fermeté dans les chairs. C'était au point de n'en pas croire ses yeux. Mais aussi peut-on dire que l'affection toute locale fut merveilleusement enlevée par les modificateurs locaux, les vésicatoires.

Deuxième fait. — Un enfant de trois ans, encore à Valeusole, et à peu près à la même époque, éprouvait depuis quelque temps du malaise et un peu de toux. Je constate une légère matité au bas d'un des côtés de la poitrine et tout autour de la cavité de la cage thoracique, pas de fièvre. Je diagnostique une pleurésie latente, avec commencement d'épanchement. Je fais appliquer successivement trois ou quatre vésicatoires, et l'épanchement disparaît, tandis que reviennent la santé et la gaieté de l'enfant.

Troisième fait. — Le fermier Joseph Mourinas, alors âgé de trente ans environ, se plaignait depuis quelque temps d'une gêne plutôt que d'une douleur au côté. Il travaillait, mais il était peu dispos. Je l'examine, et trouve une matité en bas de la poitrine, tout autour des fausses côtes. Pas de souffle ni d'égophonie, pas de fièvre. Je fais appliquer des vésicatoires, puis des cautères, prescris des diurétiques et un régime lacté et léger, et dans trois semaines ou un mois la maladie ne laissait plus qu'une matité légère, sans gène ni malaise.

Toujours le même résultat : pas de fièvre, bon effet des vésicatoires ; mais voyons si les choses se passent de même, dès l'instant qu'il existe le moindre mouvement fébrile.

Quatrième fait. — Encore à Valensole, et à peu près à la même époque que pour les observations précédentes, sous l'influence peut-être d'une constitution atmosphérique, comme j'en ai vu depuis différents exemples, la femme de chambre de Mme la marquise de Villeneuve est prise de fièvre violente et d'un point de côté. Cette fille, quoique âgée de quarante-cinq ans, est de la meilleure constitution ; elle n'a jamais été malade ; elle était rouge habituellement, plus fraîche que son âge, d'un tempérament sanguin, que j'appelle plus volontiers fibrineux. La famille de cette fille fait appeler feu M. Cordeil, son médecin, qui pratique une ou deux petites saignées, et qui,

comme la douleur ne cède pas aussitôt, fait appliquer un vésicatoire. Sous son influence, et au quatrième ou cinquième jour du début de la maladie, la douleur ne passant pas encore et la respiration étant toujours plus gênée, la fièvre plus vive, Mme de Villeneuve voulut me faire voir sa femme de chambre. Je ne me rappelle pas bien les détails des symptômes que m'offrit l'auscultation dans ces premiers moments, mais je me souviens parfaitement que je diagnostiquai une pleurésie aiguë pour laquelle je conseillai de renouveler plusieurs fois encore la saignée : ce qui fut fait et amena une amélioration telle qu'on crut la malade guérie, et qu'elle put être considérée comme en convalescence, pouvant reprendre sa nourriture et ses habitudes. Mais au lieu de reprendre des forces et de revenir à la santé, l'appétit ne fit que diminuer, la suffocation augmenta, une fièvre légère reparut, enfin le bras lui-même s'œdématia d'une manière considérable, et c'est alors que je fus appelé de nouveau. Je constatai un épanchement si considérable dans tout le côté droit de la poitrine, qu'il me parut mesurer quelques centimètres de plus que le côté sain, tandis que la matité était partout absolue et complète jusqu'à la clavicule, sans qu'on pût entendre aucun souffle bronchique ni d'égophonie. Persuadé alors, comme le sont encore aujourd'hui tant de médecins, que les vésicatoires s'adressaient à l'épanchement, je conseillai d'en appliquer successivement tout autour et sur tous les points du thorax, en même temps que je prescrivis des boissons nitrées, ou la scille, ou la digitale comme diurétique, faisant peu de compte d'une petite fièvre qui, dans ma pensée, devait disparaître avec l'épanchement. Il n'en fut rien ! Quelque temps après, l'état de la malade, malgré les vésicatoires et les diurétiques, était le même, et c'est alors que je commençai à me demander si la fièvre existante ne devait pas être prise en plus sérieuse attention que je ne l'avais fait. Seulement, comment combattre cette fièvre après une maladie qui datait peut-être de six mois ?

Je n'osais revenir aux saignées, je n'eus pas même la hardiesse de revenir aux sangsues ; je me bornai à conseiller du lait en abondance et presque comme nourriture exclusive, proscrivant les bouillons gras, soupes et viandes qu'on lui avait donnés jusqu'ici, et recommandant toujours les boissons nitrées et les autres diurétiques. Sous l'influence de ce traitement, ou plutôt de ce régime, continué pendant environ deux mois, la fièvre céda, et successivement après elle disparut l'épanchement, de sorte que je ne revis plus la malade que peut-être six mois après, par occasion. Elle avait repris sa bonne mine, son air serein, et lorsque je l'eus complimentée, elle me répondit : « Malheureusement je n'ai plus que bon air ; ma respiration est toujours courte, parce que mon côté se rétrécit toujours davantage et que je deviens bossue. » Je l'examinai alors, et reconnus en effet que l'atrophie de ce côté était extrême. Enfin cette condition finit par rendre l'existence de cette fille malheureuse, par affaiblir sa constitution au point qu'elle ne put plus rien faire, et que quatre ou cinq ans après une diarrhée qui lui survint l'emporta, me dit-on, rapidement.

L'obscurité de son qu'a présentée cette malade sur tout son côté

affecté, l'absence d'une matité circonscrite, que nous ayons pu suivre pour tracer la ligne de démarcation du liquide, en même temps l'absence de voix égophonique ou de souffle tubaire bien caractérisés, comme la terminaison de cette maladie par le rétrécissement du côté, nous expliquent ce que d'autres faits nous ont démontré depuis, qu'avec l'épanchement il y avait une couche fort épaisse de fausses membranes, que peut-être même le liquide épanché n'était dans la plupart des cas que contenu dans les mailles de différentes couches de ces fausses membranes. Or, dans ces conditions pathologiques, cherchons à nous rendre compte de l'action du vésicatoire, par l'analyse des effets et des conséquences thérapeutiques. Déjà nous avons vu l'effet merveilleux des vésicatoires dans des cas où l'affection n'avait aucune réaction générale et semblait être purement locale. Là ils n'ont été appelés peut-être qu'à exciter les vaisseaux capillaires voisins, qu'à leur rendre leur faculté d'absorption, en leur faisant reprendre leur ressort organique, ou peut-être encore qu'à déterminer un véritable et tout simple mouvement d'exosmose, en forçant le liquide à passer à l'extérieur, à suivre une certaine direction imprimée, à obéir enfin à un courant effectué par la vésication.

Mais si précisément il en est ainsi pour les cas qui n'entraînent point de fièvre, qui présentent au contraire un abaissement du ressort organique local, il doit en être bien différemment dans ces cas où la fièvre ne peut finir et se réveille à la moindre cause d'excitation, au plus petit écart de régime, etc...; d'autant que dans les premiers cas, observez-le bien, il s'agit toujours d'une sérosité limpide épanchée ; dans les autres le travail inflammatoire local est trop manifeste, trop persévérant pour être simple et ne pas faire redouter des altérations plus graves et plus complexes.

Tel est le cas de la dernière observation. Aussi, voyez l'effet que produisent les vésicatoires ! Quant au premier, nul doute qu'il n'ait aggravé le mal soit par son action, soit par le temps qu'il a fait perdre. Les autres, que je fis appliquer contre l'épanchement, n'ont eu réellement aucune action favorable. Ils excitaient vivement la malade, qui se plaignait d'être dans un feu fatigant, de subir une insomnie pénible, et je me rappelle que ce fut alors que, me préoccupant de la persistance de la fièvre, je pensai à l'atteindre par la diète lactée, appliquant ainsi cette diète ou régime, comme l'avaient conseillé quelques anciens praticiens, à la fièvre hectique. Or, évidemment, ce n'est qu'à dater de cette époque que commença manifestement la diminution de l'épanchement, ce n'est enfin que

lorsque la fièvre diminua que s'effectua la résorption du liquide.

Mais dans ces circonstances, si les vésicatoires paraissent n'avoir été pour rien dans ce qu'il y a eu d'heureux à la solution de la maladie, pouvons-nous les croire innocents de ce qu'il y a eu de fâcheux ? Je veux parler de cette forte organisation des fausses membranes, qui ont fini par rétrécir le côté de la poitrine à un point extrême. S'il est impossible de reconnaître la part exacte qu'ils ont pu avoir dans l'organisation de ces fausses membranes, il est fort difficile de croire qu'ils n'aient pas entretenu le travail phlogistique producteur et organisateur, et ce doute devient une certitude lorsque, par des moyens différents et plus rationnels, on arrive, dans des cas semblables, à éviter un résultat aussi fâcheux. Mais n'anticipons pas sur les faits et cherchons à en tirer successivement tout l'enseignement qu'ils paraissent renfermer en eux-mêmes.

Cinquième fait. — M. Latil, marchand de bestiaux, me fit appeler, il y a vingt ans, pour une pleurésie aiguë, qui se résolut sous l'influence des saignées et du tartre stibié en lavage ; mais, presque aussitôt après la cessation de la fièvre, il voulut manger, puis sortir et vaquer à ses affaires, par conséquent n'observer aucune espèce de régime diététique. Quinze jours après je suis rappelé et constate un épanchement. J'emploie le traitement banal, les vésicatoires successifs sur les parois de la poitrine du côté malade, des boissons nitrées, et enfin une diète assez sévère, dont je soupçonnais déjà l'heureuse influence sur la fièvre et même la résorption du liquide épanché, d'après la femme de chambre de Mme la marquise de Villeneuve. Sous l'influence de ce traitement combiné, l'épanchement, qui manifestement n'était ici que de la sérosité limpide, car on sentait parfaitement, et d'uno manière même très-tranchée, la ligne de démarcation du liquide ; on entendait l'égophonie, et, à mesure que la couche de liquide diminuait, le souffle tubaire et même une respiration bronchique assez menue ; l'épanchement, dis-je, disparut encore, et je pus permettre quelques aliments. Mais aussitôt qu'il sentit un peu de force, il s'obstina encore à se soustraire à mon influence. Il prétendit être obligé, bon gré mal gré, de se rendre à une foire de bestiaux ; que sa fortune entière y était engagée, etc., etc., me promettant de se tenir au régime que je lui conseillais à la maison. Mais le fit-il, le put-il? Eût-il pu, avec quelques soupes d'herbes et du lait seulement, se rendre à la foire, discuter, etc.? Ce qu'il y a de certain, c'est que huit jours après il revint de la foire, et son épanchement aussi. Alors la fièvre reparut, et ce malade fut emporté dans un état subaigu.

Sixième fait. — Il y a dix ans que je fus appelé à donner mes soins à un nommé Garcin, cordonnier, pour une pleurésie aiguë, qui avait entraîné, presque en même temps que l'inflammation, un peu d'épanchement. Je dis un peu d'épanchement, parce qu'à

travers la couche de liquide j'avais toujours entendu la respiration bronchique et jamais l'égophonie. Or, soit dit en passant, je regarde l'égophonie comme le signe d'un épanchement de sérosité limpide assez considérable et la respiration bronchique comme celui d'une couche de liquide peu considérable. Dans ce cas-ci, donc, jamais d'égophonie, et la respiration bronchique au plus fort de l'épanchement, c'est-à-dire alors que la matité fut le plus élevée et le plus intense. Sous l'influence de saignées répétées, des applications de sangsues et du tartre stibié en lavage, la fièvre diminuait et avec elle la hauteur de l'épanchement. Cependant il resta encore pendant quelques jours un peu de fièvre et un peu de matité le long des fausses côtes, et c'était assez pour que j'insistasse sur la diète absolue. Cette fièvre était néanmoins peu considérable, puisque le malade se disait bien et réclamait des aliments. Il était en apparence si bien, que plusieurs fois les parents, en murmurant, me firent entendre que c'était pour le plaisir d'allonger sa maladie que je le tenais ainsi à la diète, car certainement il serait bien si on le laissait manger. J'excusai plusieurs fois leur ignorance; mais ma patience étant à bout, je dis aux parents que mes convictions étant bien arrêtées à ce sujet, je ne pouvais transiger avec ma conscience; que puisqu'il m'était impossible de leur faire comprendre l'importance que j'attachais à cette diète, je me retirais, leur laissant le choix de m'adjoindre un confrère ou de confier leur malade à un autre médecin. De trois ou quatre jours je n'entendis plus parler de ce malade et j'étais vraiment en peine, craignant qu'on n'eût fait appeler aucun autre médecin et qu'on lui eût tout simplement donné à manger, lorsque je rencontrai sa belle-sœur, qui me dit avec une grande satisfaction que leur malade était tout à fait bien, que le médecin qu'ils avaient fait appeler lui avait donné à manger et lui avait fait frotter le côté avec une pommade qui avait fait sortir des boutons (pommade stibiée sans aucun doute). Je lui répondis que je désirais me tromper, mais que je ne pensais pas qu'ils pussent se louer longtemps de cette conduite, leur prédisant même pour bientôt toutes les conséquences fâcheuses de la maladie.

Un mois après le malade n'existait plus, et cependant les parents avaient été un instant dans la joie de faire quitter à leur malade une diète si pénible, de le voir satisfait et se promenant dans les rues.

Septième fait. — L'enfant Bicaïs, âgé de dix ans environ, d'un tempérament lymphatique sinon tuberculeux, est pris tout à coup d'une douleur violente sur le côté droit de la poitrine. Ne trouvant pas de fièvre et n'ayant point encore observé de douleur pleurétique qui arrachât des cris et des larmes, je crus à une pleurodynie, et j'ordonnai un cataplasme chaud laudanisé sur le point douloureux. Ce moyen diminua la douleur, mais la fièvre survint. Je ne doutai plus alors qu'il ne s'agît d'une pleurésie, et je saignai et appliquai des sangsues : tout cela néanmoins un peu timidement peut-être, à cause du tempérament de cet enfant. Cependant la toux passa, la fièvre diminuait et une transpiration abondante me

faisait espérer la résolution de l'inflammation. En effet, la fièvre cessa, la moiteur continuait, et je jugeai la convalescence près d'arriver, puisque je lui permis un peu de lait coupé, un peu de bouillon de courge. Enfin ce garçon était bien, et sa mère crut sa maladie si bien terminée, qu'elle voulut un peu hâter sa convalescence en donnant, au lieu de mes bouillons, des soupes de semoule, qu'elle lui fit quitter son lit pour le mettre dans un nouveau lit bien grand, bien propre et bien blanc. Le lendemain la fièvre reparut et les sueurs cessèrent. Que signifie cette fièvre? Était-ce une simple agitation passagère?... Tandis que nous nous faisions ces questions, l'épanchement se forma, grandit, et il grandit toujours, malgré les vésicatoires que je me hâtai encore d'employer pour satisfaire à la vieille coutume et surtout à la banalité du pays; il grandit, malgré la diète lactée, les diurétiques que j'employai. Aurait-il fallu revenir aux émissions sanguines? oui, tout de suite, au premier retour de fièvre, j'en suis persuadé aujourd'hui. Voilà donc encore cette malheureuse pensée de vésicatoires qui est venue entraver la pratique, car ils agirent si peu ou si mal, que l'épanchement devint énorme. Je voulais alors tenter la thoracentèse, mais M. Trousseau n'avait pas encore publié ses observations, et un confrère que je m'étais adjoint m'en découragea, en me disant que dans l'ignorance où se trouvent encore nos pays, dans l'incertitude d'une opération si précaire, un fait malheureux ne manquerait pas de faire beaucoup crier contre la médecine et les médecins. Je cédai à ces raisons spécieuses, et le malade mourut, autant étouffé par son énorme épanchement qu'épuisé par une fièvre assez vive encore.

Si, dans cette observation, il est possible d'accuser une résolution incomplète de l'inflammation de la plèvre, par suite d'un traitement antiphlogistique un peu timide, il n'en est pas moins certain que cette résolution allait être obtenue, si l'enfant n'eût pas pris des soupes trop nourrissantes, n'eût pas dérangé sa transpiration en changeant de lit. La fièvre avait disparu, donc l'inflammation locale avait cédé et allait aussi disparaître. D'ailleurs, avec cette souplesse du pouls, la diaphorèse, qui se soutenait, annonçait le dernier terme de la maladie, les sécrétions finales, selon les vœux de la nature, comme aurait dit Bordeu. Manifestement, ce mouvement physiologique curateur, que l'on pourrait appeler centrifuge, fut interrompu soit par l'arrêt de la transpiration, soit par le travail digestif qui venait occuper l'action des fonctions d'assimilation, au moment où il était encore nécessaire que les fonctions d'élimination continuassent. J'accuserais même plus volontiers ce dernier trouble porté par l'alimentation dans le jeu organo-fonctionnel que l'arrêt de la transpiration par le changement de lit, parce que je suis persuadé que s'il n'eût pas pris une nourriture un peu trop réparatrice, la transpiration fût revenue. N'est-il pas avéré depuis longtemps, par les ob-

servations de Huttin, Massa, Mattiole, Brassavole, etc., que c'est plus à la faiblesse qu'entraîne la diète qu'à toute autre cause que l'on doit attribuer la diaphorèse?

D'ailleurs, dans les deux observations qui précèdent, et surtout dans le sixième fait, les malades ont dû prendre quelques aliments avant de quitter le lit, et ce que j'en dis n'est pas pour diminuer l'importance que l'on doit attacher à la transpiration cutanée, surtout au moment où se termine une pleurésie aiguë; c'est pour faire remarquer le danger d'une alimentation trop hâtive, même sa fâcheuse influence sur cette transpiration, que je regarde comme un des meilleurs signes de la résolution.

Enfin les trois faits que nous venons de citer nous paraissent établir déjà l'importance qu'il y a à ne pas alimenter les malades, ou à ne les alimenter qu'avec les plus grandes précautions pendant assez longtemps, c'est-à-dire non-seulement pendant tout le temps que s'achève la résolution de l'inflammation, mais encore pendant le temps que s'opère la résorption du liquide épanché. Ils montrent déjà que dans tous les cas où cette inflammation a eu une certaine activité, le mouvement physiologique curateur, qui consiste en un ensemble de sécrétions et d'absorptions, ne peut se faire qu'à la faveur d'un certain vide dans les vaisseaux (comme l'avait prouvé Magendie par des expériences directes), et que, dans ce moment, occuper l'organisme à un mouvement inverse, celui de digestion et d'assimilation de matériaux nouveaux, lorsque tout en lui est employé à l'élimination et à la résorption, c'est arrêter ce mouvement et reproduire toutes les conditions pathologiques. Ces faits montrent encore que non-seulement les vésicatoires sont dangereux, s'ils peuvent augmenter l'inflammation locale ou simplement l'excitation générale, mais qu'ils sont parfaitement inutiles pour seconder le mouvement physiologique général de la résorption et de l'élimination, — et il n'est pas démontré qu'ils puissent remplacer ce phénomène, — puisque, dans les cas où ils ont été réellement avantageux, il est presque certain qu'ils n'ont eu qu'une action locale, peut-être toute physique. D'où il suit toujours mieux que leur indication reste limitée à ces cas d'inertie organique qu'ils peuvent utilement remonter localement, et qu'ils peuvent par conséquent être utiles dans ces cas spéciaux et exceptionnels, sans qu'il soit encore prouvé que d'autres moyens n'arrivassent pas également, ou mieux, au même but.

Dr Dauvergne,
Médecin de l'hôpital de Manosque.

(*La suite au prochain numéro.*)

Note sur un accident peu commun dans la fièvre typhoïde.

Mme K***, âgée de trente-trois ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, et mère de cinq enfants, contracta en avril dernier une fièvre typhoïde, dont cinq personnes furent simultanément atteintes dans sa propre maison, devenue, par une cause encore inconnue, un véritable foyer d'infection. Je ne m'appesantirai pas sur cette circonstance, qui se reproduit trop souvent pour laisser encore place au doute sur ce mode de transmission. Je ne reproduirai pas non plus dans tous ses détails l'histoire d'une maladie au sujet de laquelle il me faudrait répéter ce qui a été cent fois décrit; je me bornerai à dire que, nonobstant les conditions défavorables au milieu desquelles se trouvait Mme K*** par suite de la mort de sa mère et des fatigues contractées près du berceau d'un enfant malade, elle allait de mieux en mieux, et paraissait toucher à la convalescence, lorsqu'au quinzième jour de sa maladie, cette dame fut prise, en rendant un lavement émollient, de symptômes extrêmement graves, et qui semblaient se rapporter à une perforation intestinale : douleur vive dans le ventre, concentration du pouls, pâleur, face grippée, défaillances, frissons, sueurs glacées. — Il est à remarquer que tout s'était passé jusque-là d'une manière normale du côté du tube digestif, où je n'avais constaté qu'une légère sensibilité à la pression, avec un peu de gargouillement dans les fosses iliaques. La constipation habituelle à la malade avait nécessité l'emploi journalier des lavements. Quant aux phénomènes graves dont je parlais tout à l'heure, ils se dissipèrent au bout de quelques heures, sans laisser de traces dans la région abdominale, qui reste souple et à peu près indolore, et Mme K*** semblait s'acheminer de nouveau vers la guérison, lorsqu'elle fut prise subitement des mêmes accidents dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire en rendant un lavement nécessité par un besoin continuel d'aller à la selle, non suivi de résultat. Cette fois, il y avait un peu de sang dans la selle, qui était rare et à demi formée. Il fut convenu dès lors qu'on ne solliciterait plus les selles qu'à l'aide de boissons laxatives, aidées de quelques grammes d'huile de ricin, et, s'il le fallait absolument, de très-petits lavements. Grâce à ces précautions, la malade avait pu avoir une selle sans nouveaux accidents, et nous nous pensions à l'abri d'une récidive, lorsqu'après quelques jours d'un calme parfait, Mme K***, ayant avalé une petite dose de son laxatif, insista près de sa garde-malade pour prendre un lavement. A peine quinze à vingt coups de piston étaient-ils donnés qu'une selle presque exclusivement sanguinolente eut lieu (60 grammes de sang assez clair, envi-

ron), avec le cortége des symptômes déjà observés, mais rendus plus effrayants encore par des vomissements glaireux, mélangés d'une substance brunâtre, sans odeur toutefois. Mon inquiétude fut grande : néanmoins ces symptômes cédèrent, comme précédemment, à des applications émollientes et narcotiques, secondées par une boisson gazeuse frappée, pour arrêter le vomissement qui menaçait de se prolonger. Le lendemain, point d'autres traces des accidents de la veille que de l'épuisement et un peu d'endolorissement, sans aucun signe de péritonite. Il était évident : 1° que j'avais affaire à une ulcération de la muqueuse assez profonde ou assez étendue pour déterminer, au moment des contractions ou du passage des matières fécales, les phénomènes dont j'avais été témoin ; 2° que si la perforation n'avait pas eu lieu, on pouvait redouter cet accident par suite de l'amincissement ou de l'érosion des tuniques, sans pouvoir dire précisément en quel point, par suite du siége indécis et assez diffus des douleurs. — Je dus donc diriger le traitement en conséquence. Mais ici, il y avait un double écueil à éviter : provoquer dans un court délai, et à des intervalles quelque peu rapprochés, de nouvelles selles, c'était s'exposer presque infailliblement au retour des mêmes accidents. D'un autre côté, retarder trop longtemps l'expulsion des matières fécales, c'était rendre l'opération beaucoup plus laborieuse, par suite de l'abondance des matières à rendre, et de la dureté qu'elles allaient infailliblement contracter par un séjour prolongé dans les intestins. Je m'arrêtai néanmoins à ce dernier parti ; mais pour en rendre les chances moins redoutables, je me bornai à soutenir la malade avec des bouillons, dont les urines devaient emporter en partie la portion non alibile. J'insistai en même temps sur les boissons relâchantes (tamarin, bouillon de veau, etc.), et ne trouvant aucune distension notable du ventre, aucun accroissement dans sa sensibilité, j'attendis *huit jours pleins* pour provoquer une selle ; puis j'administrai 5 grammes d'huile de ricin, de manière à déloger les matières fécales, sans provoquer de purgation. Ce plan me réussit. Une selle assez consistante eut lieu le même soir, sans aucun des phénomènes qui s'étaient produits antérieurement à la même occasion, et *sans aucune trace de sang*. La même médication me réussit sept jours plus tard, et la convalescence n'a plus été retardée dès lors que par la grande faiblesse de la malade, et l'apparition du flux menstruel très-abondant. J'ai pensé que le souvenir de ce fait ne serait pas sans quelque utilité à de jeunes confrères, qui, placés dans la conjoncture épineuse où je me suis trouvé, pourraient éprouver les mêmes perplexités. D[r] Saucerotte père.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveaux éléments de la science de l'homme, par P.-J. Barthez, médecin de S. M. l'empereur Napoléon Ier, chancelier de l'Université de médecine de Montpellier, professeur honoraire de l'Ecole de médecine de la même ville, membre de l'Académie des sciences, et de l'Académie des inscriptions et belles-lettres de Paris, membre des Académies des sciences de Berlin, de Stockholm, de Gœttingue, de Lausanne, et correspondant de l'Institut national de France, etc. Troisième édition, augmentée du Discours sur le génie d'Hippocrate, de Mémoires sur les fluxions et les coliques iliaques, sur la thérapeutique des maladies, sur l'évanouissement, l'extispice, le faune, la femme, la force des animaux ; collationnée et revue par M. E. Barthez, médecin de S. A. le prince impérial, et de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Nous avions lu plusieurs fois cet ouvrage de Barthez, avant que son petit-neveu, M. E. Barthez, publiât cette nouvelle édition, et nous l'avons relu dans la forme heureusement modifiée, sous laquelle il reparaît aujourd'hui. Qu'on nous permette de dire tout d'abord l'impression générale que nous a laissée cette lecture. Ce n'est pas nous assurément qui viendrons jamais, imbécile contempteur de la science contemporaine, contester les immenses progrès qu'elle a accomplis dans les directions nombreuses où elle se développe, pour atteindre une unité qui lui échappera toujours peut-être. Quelle que soit en définitive la part, dans la constitution dernière de la médecine, considérée comme science ou comme art, qui doive être faite à l'anatomie pathologique, à l'histologie, et d'une manière plus générale à l'investigation microscopique, à la physique, à la chimie, les faits nouveaux qui, de ces points de vue divers, ont été constatés, les analogies qui ont été saisies, les lois, bien que secondaires le plus souvent, qui ont été entrevues, tout cela est avancement réel et progrès, tout cela est lumière dans les ténèbres au milieu desquelles nous sommes condamnés à marcher à la conquête de la vérité, qui, comme le ciel des chrétiens, veut être ravie. A ceux-là donc qui marchent avec persévérance dans cette voie laborieuse, si peu d'écho qu'ait notre humble voix, nous donnerons, nous prodiguerons nos encouragements, parce que nous sommes convaincu que le champ d'observations qui s'ouvre ici devant nous est immense, et que, malgré tous nos efforts, il y a encore une foule de points sur cette mappemonde de la nature vivante qui restent complétement inexplorés. Mais en même temps que nous recommandons ces études à tous les hommes qui se sentent quelque avenir au front, nous recommanderons aux plus forts d'entre eux de ne point s'arrêter à ces études, mais de comparer, de médi-

ter, de scruter les faits nombreux que celles-ci leur apportent, afin, s'il se peut, de faire jaillir de cette comparaison, de cette méditation, de cette investigation profonde, des lumières qui éclairent le fond même des choses, et nous permettent d'entrevoir au moins la pensée même de Dieu qui les coordonne. Barthez eut la noble ambition de ce dessein, et le livre que l'on réédite aujourd'hui est l'expression hardie de cette généreuse tentative.

La science est pleine de livres où s'exprime naïvement, ou bien se laisse au moins pressentir cette audacieuse ambition; mais combien peu en est-il de ces Prométhées sans vocation qui fussent véritablement à la hauteur du projet qu'ils osèrent concevoir et tentèrent de réaliser! Je ne crois pas que, plus que ceux-là, Barthez ait atteint le but qu'il poursuivait : malgré ses efforts, malgré quelques vues ingénieuses qui permettent de pressentir la vérité, la vie soit physiologique, soit pathologique, reste toujours voilée, et le problème fondamental qui se pose à ce propos attend toujours sa solution. Mais lisez attentivement le livre de l'illustre chancelier de l'université de médecine de Montpellier, mesurez la science de cet homme; suivez-le dans ses discussions, où il ne s'arrête que là où la lumière de la raison, à l'époque où il écrivait, s'éteint pour ne plus lui laisser que le précipice où tant d'intelligences ont sombré, et vous apprécierez ainsi la part qui peut être faite, qui doit être faite à l'esprit dans la constitution des sciences. Je l'avoue, quand je compare l'auteur des *Nouveaux éléments de la science de l'homme* à la plupart des auteurs contemporains, et je dis des plus illustres, je suis frappé d'une différence qui m'humilie. Lorsque nous touchons à la philosophie de la science, nous remuons bien encore les mêmes mots, mais c'est à peine si nous remuons les mêmes idées, tant ces idées sont confuses dans notre esprit, au lieu d'y être une vraie lumière, si nous nous les étions véritablement assimilées. Lisez seulement l'introduction de Barthez, qui est comme son *Discours sur la méthode*, et vous verrez à quelle distance les plus forts d'entre nous sont de cet homme, qui ne fait oint un pas dans cette route ardue, sans savoir qui y a passé déjà, l'empreinte réelle qu'il y a laissée et ce qui peut y être découvert encore. Ecoutez-le, par exemple, sur ce qu'il appelle la crédibilité des faits et sur la manière dont il comprend qu'on en peut faire sortir la science : « Dans les masses de faits, dit-il, qui doivent être employés pour former un corps de doctrine nouvelle et sûre dans une science de faits, il faut considérer comme particulièrement utiles ceux qui sont rares et singuliers, pourvu que leur crédibilité

soit suffisamment appuyée. Cette crédibilité est, sans doute, proportionnée aux lumières et à la véracité des observateurs qui attestent chaque fait ; mais elle est plus particulièrement motivée, lorsque ce fait, étant bien développé, présente un rapport intime avec un très-grand nombre de faits déjà connus, mais imparfaitement observés, et lorsqu'il se rattache à des chefs d'*analogies essentielles,* avec d'autres faits pareillement nombreux, qui ne sont pas contestés par les hommes instruits. C'est lorsqu'on n'estime point d'après ces principes la crédibilité des faits sur lesquels se fonde la science de l'homme sain et malade, que se vérifie la maxime : *Periculosum est credere, et non credere.* Mais lorsqu'on sait fixer par le calcul que j'indique la probabilité suffisante des faits relatifs à cette science, on peut en faire des combinaisons exactes, dont on applique les résultats à d'autres faits qui n'avaient pas été vus comme analogues aux premiers, auxquels on démontre qu'ils se rapportent. C'est ainsi qu'un homme doué de la force de jugement et de la sagacité nécessaires peut contribuer beaucoup plus aux progrès réels d'une science de faits que celui qui est principalement occupé à ajouter à cette science par des tentatives expérimentales ; car il est d'observation que les savants qui se bornent presque uniquement à multiplier les expériences ne peuvent ajouter que peu à la masse totale des faits importants déjà connus dans une science, et ne peuvent la renouveler jusque dans ses fondements. » Si nous avons cru devoir citer ce passage de l'ouvrage de M. Barthez, ce n'est pas que nous n'eussions à y relever plus d'une erreur, si c'en était ici le lieu; mais il met en vive lumière la nécessité de l'intervention de l'esprit dans l'œuvre de la formation de la science, il fait sentir l'utilité qu'il y a pour arriver à ce but de combiner les faits, afin de les éclairer l'un par l'autre, l'avantage de rencontrer des faits rares et de les méditer, parce que, la vérité se trouvant surtout dans les nuances, celles-ci peuvent être plus nettement accusées qu'ailleurs dans les faits de cet ordre : c'est là ce qui nous a engagé à consigner ici une des expressions les plus originales de cette méthode hardie que nous nous rappelons à peine, préoccupés que nous sommes de l'étude exclusive des faits qui se multiplient, si nous pouvons ainsi dire, à mesure que nous appliquons à l'étude de la nature vivante ou inanimée des procédés d'investigation plus complets, qui pénètrent plus avant dans les entrailles des choses.

Qu'on ne croie pas d'ailleurs, comme quelques-uns se l'imaginent, que Barthez ne fasse jamais que planer dans la région des abstractions : l'aigle de Montpellier ne brise pas les liens qui l'at-

tachent à la terre ; seulement, lorsqu'il s'agit de la vie, il s'occupe au moins autant d'étudier celle-ci, soit qu'il s'agisse de son évolution physiologique, soit qu'il s'agisse de ses aberrations morbides, dans les actes par lesquels elle se manifeste, que dans le substratum matériel qui en est le théâtre nécessaire. En cela, certainement, Barthez, qui n'a point assisté aux magnifiques développements qu'a reçus ce côté à peine ébauché de la science, à l'époque où il vivait, en cela, dis-je, Barthez ne peut être suivi dans sa leçon incomplète ; mais la nécessité d'étudier la vie même dans l'enchaînement, dans les combinaisons variées à l'infini des phénomènes par lesquels elle se traduit à l'observation ; cette nécessité logique, dis-je, nul ne l'a mise en plus grande évidence, et il reste toujours sur ce point un guide utile à consulter. A ceux, en un mot, qui se sont laissé comme ensorceler par l'étude de la matière, je conseillerais hardiment comme correctif à cette mauvaise tendance de lire et de relire Barthez : les *Nouveaux éléments de la science de l'homme* sont l'antidote de l'organicisme exagéré, où se perdent et où se sont quelquefois hébétées de nobles et fières intelligences.

J'aurais encore une foule de remarques à faire sur ce point, car la lecture de Barthez ouvre à l'esprit plus d'un horizon où les choses apparaissent à l'esprit, sous un jour qui nous impressionne à peine, habitués que nous sommes à d'autres points de vue, mais qui n'en est pas moins de la lumière. Pourtant, je m'arrêterai ici ; j'en ai dit assez, je pense, pour éveiller sur ce livre un peu oublié l'attention de tous ceux d'entre nous qui ne se sont pas endormis dans la contemplation pure de la matière et des lois physiques qui la gouvernent dans des limites encore indéterminées. Cette nouvelle édition d'un livre, qui restera dans la science comme un témoignage éclatant de la haute et profonde intelligence de son immortel auteur, se recommande d'ailleurs particulièrement par quelques additions importantes, qui sont des travaux disséminés çà et là de l'illustre professeur de la Faculté de Montpellier. Ces travaux, qui occupent près de la moitié du second volume de l'ouvrage, sont un discours sur le génie d'Hippocrate, où un ton un peu solennel n'empêche pas la vérité de se produire et de s'imposer aux esprits attentifs ; deux mémoires sur les fluxions, un mémoire sur les coliques iliaques, et enfin divers petits articles relatifs à l'extispice, à l'évanouissement, à la fascination, où, s'il n'émet guère d'idées nouvelles, l'auteur montre, sans pédantisme, la richesse d'une immense érudition. Bouvard, l'irascible Bouvard, celui qui, quand il apprit la mort de Borden, s'écria : « Je ne croyais pas qu'il dût mourir dans la position

horizontale, » Bouvard, dis-je, a aussi honoré de ses insultes le médecin illustre dont nous parlons en ce moment : « Oui, disait-il avec cette fatuité qui appartient particulièrement aux médiocrités heureuses que place au Panthéon de la gloire viagère la crédulité niaise d'un public imbécile; oui, Barthez est fort savant : il sait tout, même un peu de médecine. « Mais la postérité rectifie ces jugements, et pendant que le nom de Bouvard est devenu le synonyme de la basse envie, de l'infatuation d'une renommée surprise, le nom de Barthez resplendit dans l'histoire, et l'auréole qui l'entoure ne s'effacera jamais.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Pied bot valgus accidentel guéri par l'immobilisation a l'aide d'un appareil platré. — Nous publions, ainsi que nous l'avons promis, l'observation du fait rapporté par M. Marjolin. Voici d'abord la note de l'interne du service. — « Le jeune Souville, âgé de quatorze ans, entre le 7 juin 1859 dans le service de M. Barthez pour une chorée légère qui affecte la partie gauche du visage et le membre supérieur du même côté. Le petit malade présente en même temps une déviation du pied avec un gonflement très-prononcé de la partie interne au niveau du cuboïde. Lorsqu'il marche, il ressent en ce point une vive douleur. Cette tuméfaction a été prise pour le début d'une affection strumeuse de l'astragale et du cuboïde et traitée en conséquence. La chorée étant survenue, l'enfant est amené à l'hôpital Sainte-Eugénie. En moins de huit jours les accidents spasmodiques cèdent à la médication arsenicale, et M. Barthez s'occupe de la déformation du pied et constate l'existence d'un pied bot valgus accidentel produit par la contracture du long péronier latéral. Comme on parvenait facilement, à l'aide de la main, à ramener le pied à son attitude normale, on tente, sur le conseil de M. Duchenne, un traitement par la gymnastique localisée. On fait coucher l'enfant sur le côté droit ou sur le dos, de manière que la face interne de la jambe gauche repose sur le lit. Puis, à l'aide d'une bande convenablement appliquée, on suspend au pied un poids que l'on porte graduellement de 1 à 2 livres, de manière à vaincre la résistance de la contracture du muscle. Cet appareil, que l'on place d'abord pendant une ou deux heures chaque jour, puis pendant une partie de la journée et de la nuit, fut employé seul pendant près d'un mois. Le succès fut très-incomplet; on obtenait un

redressement momentané qui disparaissait dès que l'on cessait d'agir pendant un jour ou deux. La famille ayant réclamé la sortie de l'enfant, la veille du jour où il devait quitter l'hôpital, le 15 août 1859, M. Marjolin lui applique un appareil inamovible, avec le plâtre. A la fin de septembre, l'enfant vient faire enlever le bandage dont le bord supérieur le blesse. Le pied est complétement redressé. Depuis on ne l'a plus revu. »

Notre excellent confrère, M. Barthez, s'est occupé de retrouver son petit malade, et, y étant parvenu, l'a fait revenir à l'hôpital le 20 août dernier, c'est-à-dire une année après sa sortie. L'enfant est complétement guéri et depuis longtemps ; mais nous devons revenir tout d'abord sur l'étiologie de la contracture musculaire qui avait provoqué la déviation du pied, renseignements qui font défaut dans la note remise à M. Marjolin. Voici à cet égard les détails qui nous sont donnés et d'une manière très-précise par le jeune Souville, enfant très-intelligent. « Deux mois avant son entrée à l'hôpital, il avait été atteint d'un rhumatisme articulaire, qui lui a duré trois semaines et l'a tenu alité huit jours. L'affection a envahi successivement toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs, elle s'est localisée ensuite dans les deux articulations tibio-tarsiennes ; à cette époque, l'enfant se rappelle que de temps en temps dans la journée ses pieds tournaient et étaient portés en dehors. Ces accidents ont cédé spontanément au pied droit, mais ils ont persisté au pied gauche. L'attitude vicieuse de ce pied ne l'empêcha pas de rester levé, seulement il souffrait en marchant, principalement au niveau de la tuméfaction, c'est-à-dire au-dessous de la malléole interne. »

Tels sont les renseignements que le jeune Souville nous a fournis, et, pour M. Barthez comme pour nous, il est évident que la contracture musculaire, de même que la chorée, était la suite de l'affection rhumatismale que l'enfant avait subie avant son entrée à l'hôpital. Sans ce second interrogatoire, cette notion étiologique eût passé inaperçue. — Nous venons de dire que la contracture ne s'était pas reproduite depuis le mois de septembre dernier ; nous avons en effet constaté une attitude normale du pied. Ces bons résultats du traitement se sont maintenus malgré les courses nombreuses auxquelles cet enfant, comme tous les apprentis de Paris, est condamné.

Le succès obtenu chez le jeune Souville par la simple immobilisation du pied rendu à sa position normale nous porte à croire que M. Bouvier eût pu obtenir un résultat semblable chez sa

jeune malade sans recourir au redressement forcé. Cette pratique exigeant l'intervention de l'anesthésie chloroformique, les praticiens agiront sagement en débutant dans ces sortes de traitement par l'emploi d'un bandage inamovible, sauf à recourir à des moyens plus actifs, si l'immobilisation ne suffisait pas pour amener la guérison. Ces appareils, ne s'élevant jamais au-dessus du tiers inférieur du membre, permettent d'agir sur le jambier antérieur à l'aide de l'électrisation localisée. Les faits que nous avons publiés [1] ne sauraient laisser de doute sur la valeur de ce moyen. Dans les cas où le pied est enfermé dans un bandage inextensible, les courants d'induction doivent être mis en œuvre avec une faible intensité : il ne s'agit plus de produire une contracture artificielle, mais seulement de réveiller la contractilité tonique toujours affaiblie dans les muscles antagonistes des muscles contracteurs.

La dessiccation plus rapide du plâtre doit faire donner la préférence à cette substance pour la confection des bandages appliqués au traitement de ces pieds bots accidentels.

Fièvre puerpérale a forme maligne.—Emploi des sangsues, des vomitifs, des frictions mercurielles et des toniques. — Guérison. — Quelque gravité qui s'attache au nom de la fièvre puerpérale, et quoiqu'il soit malheureusement certain que la mort en est la terminaison la plus fréquente, le médecin ne doit pas désespérer, même dans les cas en apparence les moins favorables, et surtout il ne doit pas hésiter à entrer dans une voie d'expérimentation thérapeutique, au bout de laquelle il trouvera peut-être une médication qui lui permettra de combattre avantageusement une maladie qui compte jusqu'à présent de trop nombreuses victimes.

Une jeune fille, âgée de dix-huit ans, mais d'apparence frêle, au système musculaire peu développé, pâle, ayant tout l'aspect d'une chlorotique et paraissant avoir à peine seize ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hardy, pour accoucher. Cette jeune fille est primipare ; elle était régulièrement menstruée ; sa santé a toujours été bonne, à part des dérangements légers qui s'observent ordinairement à cette dernière période de la vie des femmes. Grossesse régulière, mais conditions morales très-mauvaises.

L'accouchement a lieu le 28 septembre 1859, assez rapidement et sans accidents d'aucune sorte ; suites de couches normales ; écoulement sanguin léger, puis sanguinolent. Tout d'un coup, le 1er octobre

---

[1] Voir la livraison précédente, p. 15.

tobre, vers deux heures de l'après-midi, frisson violent et prolongé : à la visite du soir, facies altéré, yeux cernés, enfoncés dans les orbites, respiration légèrement anxieuse, pouls fréquent, sans grande force, peau halitueuse, ventre médiocrement développé, non douloureux, utérus dépassant à peine la symphyse du pubis, voix saccadée et tremblante, langue large, aplatie, blanche, portant l'empreinte des dents. (Ipéca, 1gr,50 ; tartre stibié, 5 centigrammes.)

Le 2 octobre, même état, aspect saburral de la langue, facies altéré, plusieurs vomissements. (Même prescription.)

Le 3, pas de modifications ni de complications.

Le 4, 120 pulsations, 50 respirations, peau chaude et moite, langue humide, normale, soif, pas de nausées ni de vomissements, ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression à l'hypogastre ; de temps en temps, un peu de toux sèche, râles muqueux en arrière et en bas, surtout à droite ; râles sibilants dans le reste de la poitrine ; pas de diminution de la sonorité ; pas de sommeil ; les lochies continuent à couler. (30 sangsues sur la région douloureuse, onctions sur le ventre avec 60 grammes d'onguent napolitain ; cataplasmes.)

Le 5, 100 pulsations, hoquet fréquent, ventre ballonné et douloureux, diarrhée, 40 respirations, dyspnée très-fréquente sans expectoration, râles comme la veille, rêvasseries. (25 sangsues, même prescription.)

Le 6, 136 pulsations petites, compressibles ; chaleur médiocre de la peau, langue humide, blanche, selles fréquentes, diarrhée, ventre moins ballonné, indolent, 60 respirations, toux passagère, sommeil agité. (Onctions mercurielles ; extrait d'opium, 5 centigrammes.)

Le 7, état toujours très-grave, 150 pulsations très-faibles, ventre ballonné, selles diarrhéiques, céphalalgie, soubresauts des tendons, face pâle, rouge aux pommettes, agitée de contractions convulsives, anxiété extrême.

Le 8 et le 9, état de plus en plus grave, 160 pulsations, 60 respirations. On porte un pronostic désespéré.

Le 10, un peu de détente ; le pouls est descendu à 130 ; 45 respirations, oppression moins considérable, moins d'anxiété, sommeil plus calme, pas de céphalalgie ni de soubresauts dans les tendons.

Les jours suivants, le pouls tombe peu à peu, l'œil reprend de la vivacité, la face perd son caractère de souffrance à type abdominal, besoin de manger. Cependant le pouls est encore à 120 le 15 octobre, et, ce jour-là, on constate à la face dorsale de l'avant-bras

droit un empâtement mal limité, bientôt suivi d'un abcès considérable, dont l'incision, faite le 19, donne issue à une quantité notable de pus bien lié ; mais ce même jour, bien que le pouls soit à 104, on constate de la tuméfaction œdémateuse au poignet et des douleurs spontanées à la pression, au niveau de cette articulation et des articulations métacarpo-phalangiennes.

Le 20, toujours du muguet dans la bouche ; la nuit, la malade s'est plainte d'une douleur à la région fessière gauche ; tumeur manifestement fluctuante à ce niveau ; escarre grande comme une pièce de 5 francs à la région sacrée.

A partir de ce moment, des phénomènes de suppuration se manifestent dans diverses régions, à la fesse droite, à la face antérieure de la jambe gauche. Pendant quelque temps, on put, à plusieurs reprises, éprouver des inquiétudes sur la terminaison de la maladie, précisément à cause de ces accidents qui menaçaient d'épuiser la malade et de la faire succomber au milieu de l'appareil symptomatique de la fièvre hectique. Ajoutons qu'un gonflement douloureux s'était montré au niveau des articulations radio-carpienne et métacarpo-phalangiennes gauches.

Après les deux applications de sangsues, on fit tous les jours sur le ventre des onctions, deux fois dans les vingt-quatre heures, avec 60 grammes d'onguent napolitain, jusqu'à ce que la douleur et le ballonnement eussent disparu. Tous les jours aussi, on donna 5 centigrammes d'extrait d'opium. Les toniques furent employés dans la dernière période. Les complications et les phénomènes accessoires furent traités selon leurs indications respectives.

La malade, au 31 décembre, était encore dans les salles, faible, mais en pleine convalescence ; elle est sortie depuis de l'hôpital parfaitement guérie.

On se demande, dans le cas précédent, quelle part il faut faire à la médication. Rien n'a été fait qui n'ait été déjà essayé nombre de fois : sangsues, onguent napolitain, opium. La douleur abdominale a pourtant cédé assez rapidement à l'application deux fois répétée de sangsues. Quant à l'onguent napolitain, il a été employé d'une façon continue et à dose relativement élevée. Si c'est à lui qu'est dû le succès, ce serait un fait de plus à ajouter à ceux qu'a cités M. le professeur Velpeau.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Cicatrisation *d'un doigt complétement séparé. Nouvelle observation de greffe animale.* Bien que la science compte un bon nombre de faits de greffe animale, M. Azam croit devoir citer le suivant; il sera, en effet, un encouragement de plus à tenter toujours la conservation des extrémités de doigts séparées par l'action d'un instrument tranchant.

Le 5 mai 1860, Jean Desplats, de Talence, près Bordeaux, façonnait un morceau de bois avec une hachette très-tranchante; un coup mal dirigé porte sur l'index de la main gauche, et le taillant en bec de flûte en enlève 3 centimètres, suivant une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors. La ligne de séparation partage l'ongle en deux, rase latéralement la phalangette sur laquelle l'instrument a dû glisser, et emporte la pulpe du doigt presque en entier. La douleur et la perte de sang amènent une syncope complète. Un voisin, présent à l'accident, donne au blessé les premiers soins, et lorsqu'il est revenu à lui, c'est-à-dire après environ dix minutes, il a l'heureuse idée de ramasser la partie séparée et de la replacer sur la plaie, puis il entoure le doigt d'un morceau de linge recouvert de baume de copahu.

Trois heures après, le malade se présente à l'hôpital Saint-André, non pour y demeurer, mais pour demander un conseil. L'interne adjoint, M. Vergely, qui se trouvait dans le service, dépanse le malade avec soin, constate que la séparation a été complète et entoure le doigt de bandelettes de toile-dieu soigneusement imbriquées. Le malade ne souffre que très-peu.

Trois jours après, Desplats vient à l'heure de la visite: il n'a pas souffert; le pansement est respecté, mais on peut constater qu'il ne s'en échappe aucune odeur gangréneuse. Après trois ou quatre jours il se présente de nouveau, et on reconnaît qu'un stylet, introduit à l'extrémité de la pulpe entre deux bandelettes, est parfaitement senti par le malade. Le succès de la greffe paraît certain. Cependant, une portion de la pulpe a une couleur noire qui fait craindre un sphacèle partiel.

Le quatorzième jour, les bandelettes sont enlevées complétement: la portion noirâtre de la pulpe n'était autre chose qu'un caillot de sang épanché sous l'épiderme mortifié. La pulpe est entière, et tout le lambeau présente une adhérence parfaite. L'épiderme seul est mortifié. Une ligne cicatricielle ovalaire indique, de la manière la plus évidente, que le lambeau était complétement séparé, et restera la preuve indélébile du succès de cette tentative, qu'en cas pareil on ne saurait trop imiter. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, juillet.)

Déformation de l'épaule *par atrophie de l'humérus; douleurs périarticulaires; emploi de la cautérisation ponctuée.* Une jeune femme, atteinte depuis plusieurs mois d'une affection douloureuse de l'épaule et du bras, entre à l'hôpital des Cliniques, présentant une déformation notable de l'épaule, qui a la forme anguleuse et carrée que l'on remarque dans la luxation. Au lieu de la saillie formée par la grosse tubérosité de l'humérus, et qui normalement déborde l'acromion, c'est cette apophyse qui constitue en dehors le point culminant du moignon et lui donne la forme carrée. Au-dessous de l'acromion point de saillie osseuse, la tête de l'humérus est située profondément. En interrogeant la malade, on apprend que cette déformation remonte à plus de dix années. Il devient évident dès lors qu'il y a eu une scapulalgie qui a déterminé l'atrophie des os aussi bien que des muscles, par l'effet d'une inaction prolongée. L'articulation scapulo-humérale est ankylosée. Cette ankylose est compliquée d'un travail inflammatoire subaigu, qui s'est emparé des tissus périarticulaires. C'est à ce travail phlegmasique que la malade assigne une date de quatre mois et dont la persistance l'a décidée à entrer à l'hôpital. Il a semblé à M. Nélaton que c'était là le cas d'employer la cautérisation ponctuée, dont l'action révulsive produit dans une foule de cas les effets les plus remarquables. On connaît le bénéfice qu'en retire chaque jour M. Jules Guérin dans les arthrites chroniques, dans les arthralgies, dans les paralysies partielles, etc. M. Nélaton a eu pareillement à s'en louer dans des cas analogues, et voici comment il procède en général à cette petite opération. Le cautère dont il se sert est le cautère à boule, qui conserve mieux le calorique que les minces baguettes de fer recourbées à angle droit qu'em-

ploie M. Jules Guérin, et que l'on peut improviser avec les petites tringles qui supportent les rideaux de mousseline. Quel que soit, du reste, l'instrument préféré, on le fait chauffer à blanc et l'on frappe légèrement de la pointe les tissus sur lesquels on veut agir, en répétant cette percussion cinquante, cent et deux cents fois dans la même séance. Cette cautérisation est si peu douloureuse que M. Nélaton a vu un jeune garçon la pratiquer sur lui-même; mais bientôt après la peau se couvre d'une rougeur intense et se tuméfie. Le lendemain ces phénomènes ont disparu et l'on ne voit plus que de petites escarres épidermiques, dont la chute a lieu au bout de dix jours, sans suppuration consécutive, et par conséquent sans laisser de traces. On revient, s'il est nécessaire, à l'emploi du même moyen, et dans une infinité de cas on obtient de ce mode de cautérisation trop peu connu des résultats plus satisfaisants qu'on n'oserait l'espérer de la faiblesse apparente de son action. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, juillet 1860.)

Dyspepsie (*Remarques sur l'emploi des acides et des alcalis dans les diverses formes de la*). Il est des sujets dyspeptiques chez lesquels l'administration de certaines préparations alcalines est rendue impossible par les accidents dont elle est invariablement suivie. La même difficulté se présente à l'égard de l'emploi des acides chez d'autres malades; ceux-ci, le plus souvent, sont goutteux. M. Wells croit être arrivé à des résultats cliniques assez précis pour poser dans ces cas l'indication spéciale de l'une ou l'autre médication. Pour ce médecin, les alcalins sont surtout indiqués lorsque la douleur siége à l'extrémité cardiaque de l'estomac; la douleur qui occupe l'extrémité pylorique et qui indique un dérangement du foie cède au contraire plus facilement aux acides. Ceux-ci rendent encore plus de service que les alcalins lorsque la dyspepsie s'accompagne d'éruptions cutanées. Parmi les préparations alcalines, la magnésie convient surtout dans les cas qui s'accompagnent de constipation, et le carbonate de potasse dans les conditions opposées. Les alcalins sont préférables aux acides lorsqu'on a affaire à des cas de dyspepsie accompagnés d'irritation intestinale. Dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, on peut se guider pour le choix du médicament sur l'état des urines. L'excès d'acide urique indique l'emploi des alcalins, celui des phosphates réclame plutôt l'usage des acides; ceux-ci sont également indiqués dans les cas d'oxalurie. (*British med. Journ.* et *Gaz. hebd.*, juillet.)

Eaux minérales *ferrugineuses* (*Des indications thérapeutiques des*) *et en particulier des eaux de Schwalbach dans le traitement des affections utérines.* Nous trouvons dans une brochure publiée sur les eaux de Schwalbach par un médecin allemand, M. le docteur Frickhoeffer, quelques conclusions relatives à ce point un peu contesté de la thérapeutique et nous le mettons sous les yeux de nos lecteurs : 1° Le catarrhe simple primitif de l'utérus et du vagin est amélioré ou guéri par l'emploi des eaux de Schwalbach, lorsque la personne n'est ni trop sanguine, ni trop irritable, et lorsque la muqueuse génitale n'a qu'une sensibilité ordinaire. Si cette sensibilité est trop vive, les eaux ferrugineuses font du mal; si elle est trop faible, elles ne donnent aucun résultat. 2° La leucorrhée liée à de l'anémie ou à de la chlorose peut être guérie sûrement et radicalement par les eaux de Schwalbach. 3° Le catarrhe utérin et vaginal lié à des troubles importants des organes de la circulation n'est pas guéri par ces eaux. Il faut en excepter les cas de tumeurs de la rate, suite de fièvres intermittentes, lorsque ces tumeurs n'ont pas dépassé les limites de la curabilité. 4° Les catarrhes qui tiennent à d'autres maladies de l'utérus ou de ses annexes ne sont généralement qu'améliorés par ces eaux, à moins que les conditions d'irritation intra et périutérines aient disparu, la maladie primitive se trouvant curable et réduite à son minimum. 5° Dans tous les cas, la longue durée des flueurs blanches est une condition aussi fâcheuse pour la curation avec les eaux ferrugineuses que pour l'emploi des autres moyens. (*Schwalbach in s. bezieh. zum chronischen U. und v. catarrh.*)

Eclampsie *des nouveau-nés, traitée par l'emploi du courant voltaïque.* Un enfant venu au monde sans aucun secours de l'art fut abandonné pendant deux heures, sans qu'on songeât même à le défendre du froid, qui était à cette époque assez rigoureux. La température de son corps était au-dessous du degré naturel, la res-

piration languissante et la pulsation des artères radiales à peine sensible. Il pouvait à grand'peine avaler quelques cuillerées de lait. L'émission des urines était suspendue; en un mot, l'aspect de l'enfant était celui d'un cadavre. Cet état de choses, durant depuis plusieurs jours, s'aggrava au point que l'enfant restait plusieurs minutes sans respiration; les mouvements du cœur étaient devenus intermittents et le froid universel. Cette situation, si dangereuse par elle-même, se compliqua encore d'éclampsie, et le nouveau-né fut considéré plus d'une fois comme mort. Sept jours s'étaient ainsi écoulés, et on avait inutilement essayé tous les secours indiqués pour exciter la vitalité. Ce fut alors que M. Derossi pensa à appliquer, comme une dernière ressource, le courant voltaïque, modifié par l'appareil de Kemp. L'enfant, ayant été soumis à un courant proportionné à ses forces, commença, au bout d'un quart d'heure, à se réchauffer, à transpirer; les mouvements convulsifs se calmèrent, et plus tard la continuation du courant ranima graduellement l'énergie de la respiration et des contractions du cœur, dont les pulsations commencèrent à se propager jusqu'aux artères radiales. Encouragé par ce succès inattendu, M. Derossi se crut autorisé à continuer l'application de l'électricité depuis le soir jusqu'au lendemain matin, au grand soulagement du petit malade, chez lequel les forces se réveillaient de plus en plus. Les excrétions alvine et urinaire reparurent, l'enfant fit entendre pour la première fois un vagissement sonore, et bientôt il fut capable d'être allaité par une nourrice; dès ce moment, le développement du corps marcha rapidement vers son état normal. (*Corrispond. scient. rom.* et *Presse méd. belge*, juin 1860.)

Fièvre quotidienne hémoptoïque. *Crachement de sang paraissant seul constituer le fait intermittent.* Nous avons souvent signalé à l'attention de nos lecteurs les phénomènes d'intermittence qui caractérisent un grand nombre d'affections de diverse nature dans les contrées à fièvre. Bien que nous ayons même rapporté, il n'y a pas longtemps, un fait analogue à celui-ci, nous n'en croyons pas moins utile de l'exposer, car les faits de ce genre ont toujours un vif intérêt pratique.

Un homme de vingt-huit ans, M. F***, fut pris presque subitement le 23 novembre 1859, après une journée exempte de tout symptôme quelconque, venant de dîner comme à l'ordinaire, d'une toux quinteuse et suffocante qui, à diverses reprises rapprochées, amena plusieurs gorgées de sang pur et vermeil. Ce sang tacha un mouchoir entier et laissa, sur plusieurs endroits, de petits amas striés de fibrine pure, éléments stables du sang; la partie séreuse et les autres parties du sang s'étaient répandues dans le tissu du mouchoir ou s'étaient évaporées. M. F***, dont le caractère est très-pusillanime, éprouva à l'aspect de ce sang une émotion très-vive; son premier mouvement fut d'aller s'exposer au frais; soit par l'effet de cette exposition à l'air du soir, soit par celui de l'émotion morale, ou bien encore par les conséquences directes de la maladie, ce qui paraît encore le plus probable, M. F*** fut saisi par un frisson violent, avec agitations musculaires de tout le corps. Il se coucha immédiatement et on le réchauffa. Cette sensation de froid se dissipa et il lui succéda une sueur qui persista durant toute la nuit. L'expectoration sanglante s'arrêta et le malade sommeilla tranquillement. Le lendemain, 24 novembre, excellente journée. Le soir, même symptôme d'expectoration sanglante que la veille suivi du même cortége de circonstances et surtout de sensation de froid après les crachats sanglants, puis légère moiteur pendant la nuit. Seulement le sang rutilant, écumeux, fut moins abondant. Le jour suivant, M. Dégranges appelé ne constate rien d'anormal extérieurement chez M. F***: pas de fièvre, pouls lent et faible, pas de toux, langue un peu blanche seulement; bouche pâteuse. La percussion du thorax ne révèle aucun signe de congestion pulmonaire. A l'auscultation tout paraît normal. Absence de râle crépitant. Seulement M. Dégranges a cru reconnaître du côté droit un souffle vésiculaire moins net et moins étendu que du côté gauche. Le malade disait ressentir dans ce côté droit comme un tiraillement tant soit peu douloureux. En tenant compte de la réunion de ces signes, son diagnostic s'arrêta sur une congestion sanguine, se produisant sur la muqueuse des extrémités bronchiques ou des vésicules aériennes, congestion sanguine, affectant une marche intermittente.

Traitement. 10 sangsues sur les vaisseaux hémorrhoïdaux; révulsifs

sur les membres inférieurs, pilules de sulfate de quinine à la dose de 5 centigrammes chaque, avec thridace (12 pilules), pour être prises dans la journée jusqu'à cinq ou six heures du soir; tisane béchique gommée; alimentation ordinaire, mais modérée; soins hygiéniques pour se garantir de toute atteinte froide.

Le 26 novembre, les sangsues ont produit un écoulement de sang assez abondant. Amélioration dans l'état général du malade. Il n'y a point eu la veille d'expectoration sanglante ni de frisson. Mais après une bonne nuit, le matin même vers sept heures, il était survenu, après une très-petite quinte de toux, un crachat présentant le même aspect sanglant et la même nature que ceux des jours précédents. Ce crachat n'avait presque donné lieu à aucun des symptômes généraux désignés ci-dessus. (Traitement *ut suprà*.)

Le 28 novembre, M. F*** termine ses pilules de sulfate de quinine, qui représentent la somme de 60 centigrammes. Le jour même, son état de santé est tellement satisfaisant qu'il a pu sortir pour ses affaires. Aucun des accidents des jours précédents ne s'est reproduit.

Il est utile de faire remarquer que ce fait s'est passé au moment où l'on observait à Bordeaux beaucoup d'affections intermittentes empruntant de plus quelques caractères de la grippe. (*Union médic. de la Gironde*, avril 1860.)

Fièvres intermittentes (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi du chloroforme dans les*). Voici les conclusions auxquelles est arrivé sur ce point M. le docteur A. Maestre, professeur de pathologie à l'université de Grenade : 1° Les fièvres intermittentes sont des maladies d'un caractère nerveux. 2° Les vapeurs de chloroforme exercent dans cette maladie une action primitivement dynamique et spécifique sur le système nerveux de la vie de relation et de la vie organique; introduit dans l'estomac sous forme liquide, cet agent détermine une action topique excitante et de peu de durée, d'abord dans les rameaux nerveux de l'estomac, ensuite une action dynamique et spécifique sur le système ganglionnaire et spinal. 3° La théorie et l'expérience clinique viennent à l'appui des bons résultats obtenus de l'emploi à l'intérieur du chloroforme dans le traitement des fièvres d'accès de types divers. 4° Ce traitement n'exclut ni les préparations de quinquina, ni les préparations arsenicales. 5° Le meilleur mode d'administration consiste, après avoir combattu les diverses complications, à prescrire 1gr,50 de chloroforme dans 50 grammes de sirop commun, une petite cuillerée toutes les trois heures, dans l'apyrexie, et deux cuillerées pendant l'accès fébrile. Si la fièvre reparaît le troisième jour, la dose de chloroforme est portée à 3 grammes dans la même quantité d'excipient. On suspend le médicament pendant cinq jours et on l'administre de nouveau, à la dose de 20 à 30 centigrammes dans les vingt-quatre heures, et cela pendant sept jours. (*El Siglo med.*)

Ligatures d'attente *dans le cas de dénudation complète d'une artère ; leur utilité*. Une circonstance en quelque sorte fortuite a fourni à M. le professeur Nélaton l'occasion de constater de quelle utilité peuvent être les ligatures d'attente dans le cas de dénudation complète d'une artère menacée de gangrène. Voici dans quelle circonstance s'est produit ce fait et le parti heureux qu'a su en tirer l'habile chirurgien. Ayant à enlever une tumeur encéphaloïde de la grosseur du poing, située à la face interne et inférieure du bras, le long de l'artère brachiale, assez mobile en masse, mais fixée dans la région qu'elle occupait par des liens inextensibles, M. Nélaton pratiqua une incision longitudinale sur cette tumeur, et, après avoir fendu l'aponévrose d'enveloppe qui la bridait, il procéda lentement à la dissection; il ne tarda pas à reconnaître à sa teinte bleuâtre l'artère brachiale entraînée par la tumeur avec laquelle elle avait des connexions intimes. Il parvint à isoler ce vaisseau, ainsi que le nerf médian, et on n'eut à constater, comme incident opératoire, que la division d'une petite artère musculaire ouverte à 3 ou 4 millimètres du tronc principal. Mais ce fut là, comme on va le voir, une source d'embarras assez considérables, et qui devait avoir des conséquences très-dignes de fixer l'attention. Cette artère, en effet, donnait un jet de sang capillaire et continu qui, sans compromettre la vie du malade, était de nature à empêcher la réunion de la plaie et à retarder la guérison. Fallait-il lier l'artère brachiale ou porter simplement une ligature sur le tronçon de l'artère ouverte,

bien que cette ligature dût être placée au ras du tronc principal? M. Nélaton s'arrêta à ce dernier parti, se fiant, pour agir ainsi, sur le très-petit calibre du vaisseau. Il pensait que le coagulum le moins volumineux suffirait pour produire l'occlusion de l'artériole et arrêter l'hémorrhagie. Dans un cas analogue, Gerdy avait lié une collatérale assez volumineuse très-près du tronc principal (la fémorale) et son malade avait guéri. M. Nélaton agit ainsi; mais là ne s'arrêta pas sa sollicitude. La dissection avait isolé l'artère brachiale dans une longueur de 5 centimètres. Pourquoi dès lors ne pas se mettre à l'abri d'un danger possible et parer à l'éventualité d'une hémorrhagie consécutive, en plaçant sur cette artère isolée une ligature d'attente prête à fonctionner au premier signe de péril? Malgré les préventions que rencontre aujourd'hui cette pratique, M. Nélaton n'a pas hésité à placer autour de l'artère humérale, à l'extrémité supérieure de la plaie, une ligature un peu serrée dont les chefs ont été ramenés à l'extérieur, et la plaie a été réunie avec des serre-fines. Or, l'événement a montré combien cette précaution avait été sage. Les deuxième, troisième et quatrième jours, tout s'est bien passé; mais le cinquième jour, une hémorrhagie arrive : la garde-malade était averti; il serre la ligature d'attente et le sang est immédiatement arrêté. Le douzième jour, la ligature tombe, entraînant avec elle un tube artériel long de 3 centimètres. Voici ce qui s'était passé :

Toute la portion d'artère dénudée par l'opération et située au-dessous de la ligature d'attente s'était mortifiée. En haut, la ligature d'attente avait obstrué le vaisseau qui se trouvait également fermé en bas, un peu au-dessous de la collatérale divisée. Le malade était en bonne voie, mais il n'en avait pas moins perdu un tronçon de l'artère brachiale d'une longueur de 26 millimètres, et, les escarres représentant un espace moins étendu que les parties vivantes, on doit admettre que, dans ce cas, l'artère brachiale a été détruite dans une étendue de plus de 3 centimètres.

Il ressort donc de ce fait, dans lequel un heureux hasard a eu la principale part, un précepte nouveau, savoir : que dans les cas de dénudation artérielle, rendant la gangrène du vaisseau imminente, il est utile de placer une ligature d'attente autour de ce vaisseau. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, juin 1860.)

Phosphore. *Son action sur le sang.* On ne connaissait guère jusque dans ces derniers temps, en ce qui concerne les effets produits par l'administration du phosphore, que l'excitation du système nerveux et des organes génitaux, et l'inflammation de l'estomac et du canal intestinal. Quelques observations ayant révélé que dans certains cas le sang des sujets empoisonnés par le phosphore présentait une altération particulière, consistant principalement dans un état de fluidité avec tendance aux hémorrhagies, un physiologiste allemand, M. le professeur Nasse, a cherché, par des expériences sur des animaux, à déterminer la nature et les caractères de cette altération. Il résulte de ces expériences que la dissolution du sang est un fait constant dès que le phosphore a pu être absorbé et assimilé.

Nous ne rapporterons qu'une seule de ces expériences dont les résultats, à quelques nuances près, ont été les mêmes dans toutes.

Expérience. Une chienne, de grandeur moyenne, a avalé le premier jour 1 grain, le deuxième jour 1 grain 1/2, le troisième jour 1/2 grain de phosphore dissous dans l'huile de pavot, en tout 3 grains en trois jours. Elle prenait de la nourriture à laquelle s'est trouvée mêlée l'huile phosphorée jusqu'à la soirée du troisième jour. En ce moment, on remarque un peu de roideur dans les extrémités postérieures; le poil devient hérissé; du reste la chienne est alerte et boit beaucoup. Les forces se perdent tout d'un coup le quatrième jour. Sept ou dix minutes après la mort, on a recueilli le sang sortant des vaisseaux : il y en avait 545 grammes. Le poids total du cadavre était de 13 kilogrammes. Le sang ne s'est pas coagulé; il n'y existait pas même de flocons; la couleur rouge devient un peu plus vive à l'air; sous le microscope, il se comporte d'une manière normale. L'estomac est d'un rouge foncé et renferme une matière pultacée d'un brun foncé, que l'on trouve jusque dans le gros intestin. L'appendice vermiculaire est aussi rempli de sang. La muqueuse de l'intestin grêle est ramollie, épaisse et fortement injectée. On trouve dans le tissu cellulaire qui entoure le pancréas du sang extravasé, en partie coagulé et par conséquent épanché dans les premiers temps. Le foie est

rempli de sang. L'urine est foncée, mais non sanguinolente. Tout le reste est normal. Ni le cerveau, ni la moelle ne renferment de sang extravasé.

M. Mandl, à qui nous devons la connaissance des expériences du professeur Nasse, pense que cette liquidité du sang sous l'influence du phosphore pourrait s'expliquer de deux manières : ou bien le phosphore agit chimiquement sur la plasticité du sang, en se combinant avec ses éléments; ou bien il n'agit qu'indirectement, par l'intermédiaire du système nerveux. La première explication lui paraît réfutée par l'une des expériences dans laquelle du phosphore dissous dans l'huile fut injecté dans la veine jugulaire d'un chien. Le sang sur lequel le phosphore aurait pu exercer directement son influence fut trouvé coagulé; d'où l'on peut conclure que la dissolution du sang, observée à la suite de l'injection du phosphore dans les autres expériences, n'est pas le résultat d'une action directe chimique du phosphore sur le sang. Les probabilités, aux yeux de M. Mandl, sont plutôt en faveur de la seconde supposition. Elles sont fondées sur ce qu'on observe la fluidité du sang dans certains cas de mort subite par l'effet de la foudre, qui évidemment n'agit que sur le système nerveux. Or, on sait que le phosphore est un excitant très-puissant du système nerveux, comme l'électricité.

Quelles que soient d'ailleurs les explications que l'on cherche à donner de ce phénomène, et que des expériences ultérieures pourront seules juger en dernier ressort, il devra ressortir de ces expériences et de leur rapprochement avec les faits observés de nouvelles indications thérapeutiques. (*Gaz. des hôpit.*, juillet 1860.)

Traitement mercuriel *des parents syphilitiques. Influence qu'il exerce sur les enfants.* Connaître le résultat bien constaté d'observations médicales nombreuses sur la santé des enfants dont les parents atteints de syphilis ont subi un traitement mercuriel, tel est le programme que M. le professeur Faye, de Christiania, se propose de remplir et pour lequel il fait un appel au concours de tous les médecins. « Nous savons très-bien, dit M. Faye, qu'un grand nombre enfants dont les parents syphilitiques ont subi un traitement mercuriel ne sont pas restés à l'abri de la dyscrasie, mais nous savons aussi que les méthodes nouvelles qui excluent l'usage du mercure n'ont pas été couronnées du succès désirable, et que surtout les inoculations thérapeutiques du virus chancreux (syphilisation) et la méthode simplement préservative n'ont pas répondu à ce qu'elles promettaient. Pour être finalement accepté, le jugement qui bannit la médication mercurielle d'une manière absolue a besoin d'être appuyé sur autre chose que des analogies superficielles; il faut établir une comparaison exacte des deux méthodes. La preuve la plus simple et la plus sûre qui constate la guérison de la syphilis, la vraie pierre de touche qui montre que la syphilis est détruite ou du moins neutralisée dans l'organisme, de telle sorte que la fonction des ovaires et des testicules subsiste intacte, cette preuve ne se rencontre que là où les enfants naissent sains de parents autrefois syphilitiques, et ne sont pas atteints plus tard de quelque maladie, dont la cause se rattache nécessairement et indubitablement à la dyscrasie syphilitique.

Voici les questions que M. Faye pose à ses confrères pour l'aider à la solution de cette question, qui n'est pas moins importante par son côté humanitaire que par son côté thérapeutique :

« Combien d'enfants nés de parents syphilitiques et traités par le mercure sont nés sains et sont restés sains? Combien, au contraire, furent victimes de la dyscrasie ou y échappèrent, grâce à un traitement?

« Puis, jusqu'à quel point est-il vrai que la médication mercurielle suivie pendant la grossesse par une mère qui, auparavant, a mis au monde des enfants syphilitiques, exerce une influence heureuse sur la santé des enfants nés postérieurement? En tous cas, on peut ici établir ce fait remarquable, que des femmes peuvent se purifier par des délivrances répétées, et mettre au monde finalement des enfants sains, après en avoir eu auparavant plusieurs malades.

« Pour remplir notre but aussi parfaitement que possible, il est désirable de déclarer, le plus exactement possible, si le père ou la mère, ou si les deux parents ont été atteints de syphilis. On pourra ainsi vérifier sur une large échelle l'exactitude de cette opinion généralement admise : « que les « pères qui ont subi un traitement « médical procréent des enfants sains « beaucoup plus fréquemment que les « mères qui, elles-mêmes, ont été

« guérics en apparence par le traitement. »

« Pour obtenir des résultats décisifs, il ne suffit pas, par conséquent, d'observer les enfants des classes inférieures qui ont été traités dans les hôpitaux; car les individus appartenant à ces classes mènent souvent une vie irrégulière, s'exposent à des récidives, et il devient ainsi difficile de tirer, en observant des cas pareils, des conclusions certaines. Ceux de la classe aisée, au contraire, qui ont été traités chez eux, et ont engendré par la suite un grand nombre d'enfants légitimes, sont soumis par leurs médecins à un contrôle plus facile; et nous sommes convaincu que les faits observés de cette manière posséderont une vraie valeur, et permettront de soumettre à un jugement vrai l'influence exercée par le traitement antisyphilitique des parents sur la santé des enfants. » (*Wien Medizin* et *Union méd.*, juillet 1860.)

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

Nouvelle seringue à injections hypodermiques.

M. le docteur Bourguignon vient de soumettre à l'examen de l'Académie de médecine le modèle d'une petite seringue destinée à faire des injections hypodermiques et qu'il considère comme devant remplacer avec avantage celle de M. Pravaz. Quoique nous ne partagions pas les espérances de notre distingué confrère, nous n'en publions pas moins sa note, ainsi que la figure de son instrument. Le principe sur lequel il repose, l'emploi du vide à l'aide d'une boule en caoutchouc, a fourni à M. Lalagade, il y a une dizaine d'années, l'idée d'un instrument analogue, qui se trouve figuré dans sa brochure publiée en 1855 sur un nouveau procédé de conservation du virus vaccin. Depuis, M. Lalagade a abandonné son instrument pour adopter celui de M. Pravaz, qu'il a légèrement modifié pour le mieux adapter à la manœuvre de l'aspiration des liquides. Nous publions plus loin le dessin de cette modification.

Voici tout d'abord la note de M. Bourguignon.

« J'ai pu, comme tant d'autres, dit notre confrère, constater les heureux résultats des injections sous-cutanées dans le traitement de certaines névralgies; mais l'emploi de la seringue Pravaz dans une opération si simple m'a paru bien compliqué.

« D'un autre côté, la seringue Fergusson, dont s'est servi le docteur Wood, a été condamnée avec raison par M. Béhier, parce qu'elle ne permettait pas de se rendre un compte exact de la quantité de liquide injecté.

« Il m'a paru très-simple de modifier ce dernier instrument, et de lui donner tous les avantages d'une rigoureuse exactitude, comme on doit l'exiger dans un traitement qui consiste à faire absorber des solutions concentrées à dose toxique.

« Pour cela, je l'ai gradué par gouttes, à l'aide de divisions, et j'ai ajouté à l'extrémité supérieure du tube en verre qui constitue le corps de pompe, et pour tenir lieu de piston, une petite gaîne en caoutchouc de 2 ou 3 centimètres de longueur, fermée à l'un de ses bouts. Cette gaîne fait le vide et aspire la solution quand on l'élève; elle chasse au contraire lentement et graduellement le liquide quand on l'abaisse.

« Chaque division mesure une goutte, non pas quant au volume, qui peut varier, mais quant au poids, qui est de 5 centigrammes.

« Voici en quoi consiste ce petit instrument :

« A, gaîne en caoutchouc, qui glisse à frottement sur l'extrémité du corps de seringue.

« B, corps de la seringue en verre, gradué par gouttes pesant chacune 5 centigrammes.

« C, aiguille creuse qui se visse à volonté sur l'armature du tube en verre.

« L'usage de cette seringue est très-simple : on la charge de la solution à injecter, en plongeant l'aiguille dans le liquide, en élevant lentement la gaîne en caoutchouc jusqu'à ce que le tube soit rempli par l'effet du vide produit.

« Quant on veut ponctionner le derme, on saisit le corps de la seringue comme on tient une plume à écrire, on l'incline presque horizontalement sur la peau, et l'on fait pénétrer l'aiguille jusque sous le derme, où elle doit faire un trajet de 1 centimètre environ. La ponction faite, on retire l'aiguille à demi, afin de laisser au liquide à injecter un foyer libre où il puisse être reçu pour être ensuite absorbé.

« L'aiguille introduite et en place, il suffit d'abaisser lentement la gaîne en caoutchouc sur le tube pour injecter telle quantité de gouttes qu'on désire, en suivant de l'œil, sur la tige graduée, la marche du liquide. Quatre ou cinq gouttes d'une solution au sulfate de morphine, d'atropine ou de strychnine, sont ainsi facilement injectées.

« Si l'observateur avait peine à distinguer une solution incolore à travers les parois du verre, il pourrait sans inconvénient le colorer avec une goutte d'eau teinte de carmin.

« Cette petite seringue peut, suivant les besoins, avoir un emploi très-varié : elle sert avec avantage à faire tomber l'éther goutte à goutte dans l'oreille, en cas de surdité.

« Il est bon, pour l'entretien de la seringue et pour assurer son fonctionnement, de dévisser l'aiguille et d'en chasser le liquide qu'elle pourrait contenir, après avoir toutefois opéré un lavage complet.

« La petite rondelle en cuir que porte le pas de vis sur lequel s'ajuste l'aiguille, a besoin d'être graissée de temps à autre.

« J'ai traité six malades à l'aide de cette seringue : cinq étaient affectés de névralgies, trois d'entre eux ont guéri, les deux autres n'ont été que soulagés; le sixième, en traitement à cette heure, est affecté de contractures; il va mieux. Le manuel opératoire chez tous ces malades a été facile, d'une exactitude mathématique quant au nombre de gouttes injectées. »

Nouveau procédé de conservation du virus vaccin.

Il existe plusieurs procédés pour conserver le vaccin; mais, il faut le reconnaître, ils sont tous plus ou moins défectueux, et il est fort difficile aux praticiens d'avoir toujours à leur disposition du virus avec lequel ils aient la certitude de réussir.

Après avoir constaté l'insuffisance de ces moyens et exposé les embarras qui

se sont présentés à lui pour remplir les fonctions de conservateur du vaccin, dont il est chargé, M. le docteur Lalagade propose un nouveau moyen qui permet d'arriver à un bon résultat. Après bien des essais, notre zélé confrère s'est arrêté au procédé suivant, qui nous paraît très-ingénieux et qui évite en effet les inconvénients qui font échouer les autres moyens généralement usités, à savoir : les plaques, les croûtes vaccinales, les tubes capillaires, etc.

M. Lalagade emploie aussi ce dernier moyen, mais ce sont des tubes d'un diamètre moins ténu, à parois assez épaisses. Pour les remplir, on se sert d'une petite seringue à laquelle on adapte le tube qui doit recevoir le vaccin ; on commence par aspirer quelques gouttes d'huile d'olive vierge, puis on applique l'extrémité du tube sur le virus vaccin, et on aspire de nouveau en tournant le piston à vis de la seringue ; lorsque le tube est plein, moins 4 ou 5 millimètres, on achève de le remplir avec de l'huile d'olive, puis on lute les deux extrémités CC (fig. 2) avec de la cire d'Espagne ramollie dans l'alcool. Le vaccin A se trouve ainsi compris entre deux couches d'huile BB, qui le garantissent du contact de l'air.

Voilà sommairement le procédé employé par notre habile confrère ; mais nous devons maintenant signaler quelques détails importants : on adapte le tube à la seringue en l'introduisant à frottement dans un ajutage F en gutta-percha ; on a percé (avec l'aiguille D) dans cette substance ramollie un trou proportionné au diamètre du tube à remplir. L'appareil étant ainsi disposé, on aspire, comme nous l'avons dit, d'abord quelques gouttes d'huile, puis le vaccin, et enfin encore un peu d'huile ; une des précautions les plus importantes est d'éviter l'entrée de l'air ; si, par hasard, une bulle pénétrait, il faudrait repousser un peu le liquide jusqu'à ce que la bulle fût sortie, puis recommencer. Ces mouvements se font très-facilement et très-régulièrement, car le piston est à vis comme celui de la seringue de Pravaz (fig. 1), qui peut servir à cet usage ; seulement, l'auteur a remplacé la plaque B (fig. 1), qui sert à imprimer les mouvements de rotation, par un bouton G (fig. 2) cannelé, que l'on peut tourner par un mouvement graduel, presque insensible, de manière à

(Fig. 1.) (Fig. 2.)

permettre l'ascension lente du liquide, sans que l'air s'introduise et vienne au contact du vaccin.

C'est là, ainsi que le démontre M. Lalagade, un des plus grands avantages de ce nouveau procédé : éviter l'entrée de l'air ; en outre, on n'a pas recours à l'emploi de la chaleur pour fermer les tubes, condition très-défavorable.

Pour se servir du vaccin, on réadapte le tube à la seringue, on chasse la colonne d'huile et on fait sortir du liquide en quantité aussi minime que l'on veut ; ce liquide est reçu directement sur l'extrémité de la lancette à vaccination ; l'opération terminée, on aspire de nouveau un peu d'huile et on ferme le tube comme précédemment.

Par l'emploi de ce moyen, notre distingué confrère a toujours à sa disposition du vaccin non altéré, que l'on peut conserver très-longtemps.

Ce procédé peut être employé très-facilement maintenant, grâce à la vulgarisation de la seringue de Pravaz, qui est l'instrument le plus important pour la petite opération que nous avons décrite.

Par décret impérial en date du 11 juillet, M. le docteur Rouget, agrégé près la Faculté de Paris, est nommé professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Lordat.

M. le docteur Quissac, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est rappelé à l'activité jusqu'au 1er novembre 1868.

Sont institués agrégés stagiaires près la même Faculté MM. les docteurs Planchon et Saint-Pierre.

Par décret impérial du 30 juin sont nommés : président de la Société de prévoyance de la Drôme, M. Grasset ; président de la Société du département de la Marne, M. Landouzy ; président de la Société du département des Vosges, M. Garnier.

L'un des plus anciens, sinon le doyen des médecins militaires de l'Empire, M. le docteur Legay, chirurgien-major en retraite à Boulogne-sur-Mer, vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-quatre ans et demi.

L'Institut médical de Valence (Espagne) met au concours, pour sujets de prix à décerner en 1861, les questions suivantes :

Médecine : Déterminer l'action thérapeutique du fluide électrique dans les maladies internes ; indiquer les cas où il a été employé et la meilleure manière d'en faire usage.

Chirurgie : Peut-on prévenir l'infection purulente consécutive aux accouchements, aux grandes opérations et aux foyers purulents ? Dans l'affirmative, indiquer les moyens propres à cet effet, et dire quel est le préférable ; dans la négative, en donner les raisons avec des faits pratiques dans les deux cas.

Pharmacie : Déterminer, par l'analyse qualitative et quantitative de l'huile de foie de morue et des expériences convenables, si les principes qu'elle contient suffisent à lui donner les vertus thérapeutiques qu'on lui attribue.

Sciences accessoires : Déterminer, par les équivalents chimiques, le pouvoir nutritif des parties musculaires des mammifères, des oiseaux, des reptiles et des poissons, en les réduisant à une seule unité, comme le pain de seigle.

Une médaille d'or au nom du lauréat et le titre de membre correspondant sont la récompense des mémoires couronnés. Ceux-ci peuvent être écrits en français, latin, espagnol, portugais ou italien, et doivent parvenir, dans les formes académiques, au siége de l'Institut, avant le 1er décembre 1869.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'aménorrhée et de la dysménorrhée, de la diversité des indications thérapeutiques qu'elles réclament et particulièrement de l'emploi de l'apiol contre ces deux affections.

Dans le dernier mémoire que M. Homolle et moi avons publié (1852) sur l'action antipériodique de l'apiol dans les fièvres et les névralgies intermittentes, nous signalions les propriétés emménagogues de ce principe immédiat. Depuis, des faits nombreux sont venus confirmer nos premières observations et nous démontrer que l'apiol est effectivement un emménagogue des plus sûrs et des plus actifs; qu'il peut toujours être administré sans danger. Nous essayerons de le prouver tout à l'heure; mais auparavant, il nous paraît indispensable de dire quelques mots de l'aménorrhée et de la dysménorrhée; des causes qui les produisent et des divers traitements qui leur sont applicables.

Nous ne sommes plus au temps où l'on regardait la menstruation comme une simple fonction dépurative destinée à débarrasser l'économie des principes nuisibles. Depuis les travaux de MM. Négrier, J. Patterson, Montgommery, Coste, Bricrre de Boismont, Pouchet, et surtout depuis les recherches de M. Raciborski sur l'ovulation, il est généralement admis que les ovaires sont le siége et l'organe du molimen menstruel.

Si les ovaires manquent, les règles manquent également; s'ils sont malades, la menstruation en éprouve inévitablement une modification plus ou moins profonde.

« C'est, dit M. Raciborski, d'un des follicules de Graaf, arrivé périodiquement à maturité, que part l'excitation physiologique cause de la congestion qui se termine enfin par l'hémorrhagie. »

Cette hémorrhagie ne provient pas seulement de la rupture du follicule ovarien.

Pline, Fabrice d'Aquapendente croyaient à tort que le sang des règles venait du vagin.

Vésale, Morgagni, Winslow, Moriceau, M. P. Dubois, etc., pensent qu'il est fourni par la cavité utérine. Il nous paraît plus juste d'admettre, avec M. Raciborski, que la véritable source de l'hémorrhagie menstruelle est tout à la fois dans la vésicule de Graaf, dans les trompes et dans la cavité de l'utérus. Des autopsies faites dans ces circonstances spéciales l'ont suffisamment établi. Mais si l'ovaire est l'organe essentiel de la fonction menstruelle,

celle-ci n'exige pas moins pour son accomplissement normal le consensus synergique de tout l'appareil génito-utérin, et nous pourrions dire de l'organisme entier, selon les idées physiologico-pathologiques développées par notre éminent confrère, M. le docteur Pidoux, dans ses *Lettres sur la fièvre puerpérale.*

Ce n'est donc pas seulement en modifiant la vitalité de la matrice, mais bien souvent en rétablissant l'harmonie entre toutes les fonctions, qu'on réussit à provoquer ou à régulariser la menstruation.

Ainsi, de nombreuses conditions sont nécessaires à l'évolution physiologique de la fonction ; les unes, générales, tiennent à l'hématose et à l'innervation ; les autres, locales, sont mécaniques, physiques ou simplement fonctionnelles.

Cela est si vrai, qu'en supposant l'appareil génito-utérin dans les conditions les plus normales, s'il survient un état chloro-anémique, par exemple, ou une pléthore excessive, la menstruation s'arrête ou devient difficile et irrégulière. Il en est de même lorsque prédomine une susceptibilité nerveuse exagérée ou un état d'atonie générale. Dans ces mêmes conditions, une affection morale vive peut aussi s'opposer à la venue des règles.

Malgré l'opinion motivée des auteurs du *Compendium,* nous pensons avec Valleix que l'on doit maintenir une distinction entre l'aménorrhée et la dysménorrhée, comme constituant, au point de vue de la pratique médicale, deux états pathologiques différents, bien que sous le rapport des causes, et même du traitement, ils se confondent dans une foule de circonstances.

DE L'AMÉNORRHÉE.

L'aménorrhée peut être *primitive* ou *accidentelle ; mécanique,* c'est-à-dire dépendant d'un obstacle anatomique situé dans une partie de l'appareil génito-utérin ; *constitutionnelle*, c'est-à-dire liée à un état général de l'économie. Elle est encore *symptomatique* d'une affection étrangère aux organes génitaux ; *sympathique* d'un état particulier de l'organisme ; enfin elle est *essentielle,* c'est-à-dire indépendante de toute lésion anatomique, et ne peut être attribuée qu'à une perversion de la sensibilité ovarienne.

Etiologie de l'aménorrhée. — Nous n'avons pas à nous occuper des causes mécaniques de l'aménorrhée, qu'un examen attentif permet le plus souvent de reconnaître, et qui sont du ressort de la chirurgie. Nous ferons également abstraction des vices de conformation congénitaux ou acquis des ovaires et des trompes qui peu-

vent constituer un obstacle mécanique à l'évolution menstruelle, mais qui, soustraits par leur siége profond à l'examen du médecin, ne peuvent le plus souvent qu'être soupçonnés.

Nous ne ferons que mentionner également cette variété de l'aménorrhée, en quelque sorte physiologique, c'est-à-dire compatible avec la santé, que l'on observe chez quelques femmes qui n'en éprouvent aucun inconvénient et qui ont pu même devenir fécondes.

Nous fixerons particulièrement notre attention sur l'aménorrhée primitive, dite de la première époque, et sur l'aménorrhée par suppression, ou de la seconde époque.

Causes générales de l'aménorrhée. — L'aménorrhée primitive ou acquise peut être déterminée par un trouble général de l'hématose ou de l'innervation.

La pléthore, portée à un certain degré, empêche l'excrétion du flux cataménial, en congestionnant l'appareil génito-utérin au delà des limites nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Dans un sens contraire, l'anémie et la chloro-anémie, en diminuant la vitalité de ce même appareil, s'opposent à la venue des règles, ainsi qu'on le remarque chez les chlorotiques, les scrofuleuses et les femmes épuisées par des hémorrhagies.

L'innervation ganglionnaire, lorsqu'elle pèche par excès ou par défaut, ou lorsqu'elle présente l'état particulier de perturbation qu'on peut désigner sous le nom d'*ataxie nerveuse*, devient la source d'aménorrhées qui se rapportent à cette même catégorie. Enfin, dans notre organisation si complexe, où les fonctions sont unies entre elles par une solidarité intime, la pléthore et l'hypéresthésie, l'anésthésie ou l'ataxie nerveuse et la chloro-anémie peuvent se compliquer de manière à constituer une nouvelle cause générale de ces affections.

Causes physiques. — Aménorrhées symptomatiques et sympathiques. — En dehors de ces états généraux qui peuvent provoquer le trouble de la menstruation et déterminer sa suppression, il est une autre classe d'aménorrhées produites par les causes physiques.

L'impression du froid, l'immersion des pieds, des mains, du corps dans l'eau froide, la suppression de la sueur et surtout de celle des pieds, l'invasion d'une maladie inflammatoire du poumon, de l'intestin, etc., la présence de productions accidentelles dans un organe splanchnique (entozoaires, tubercules, etc.), produisent souvent l'aménorrhée.

Causes morales. — Aménorrhées essentielles, c'est-à-dire indé-

pendantes d'un état anatomique appréciable. — Les impressions morales vives : joie, colère, frayeur, etc., en retentissant sur l'appareil génito-utérin, par l'intermédiaire du système nerveux ganglionnaire, constituent une cause incontestable et fréquente d'aménorrhées.

DE LA DYSMÉNORRHÉE.

Causes particulières. — Nous avons, au point de vue étiologique, fort peu à ajouter relativement à la dysménorrhée. Mêmes causes générales se rattachant à l'hématose et à l'innervation, mêmes influences physiques, mêmes réactions symptomatiques ou sympathiques des organes souffrants. Mais ici les causes mécaniques méritent une attention spéciale : l'antéversion ou la rétroversion de l'utérus, sa flexion antérieure, postérieure ou latérale sur le col, l'étroitesse de l'ouverture ou de la cavité de ce dernier, réclament des moyens appropriés pour remédier, quand faire se peut, à l'obstacle que ces états physiques apportent à l'accomplissement de la fonction menstruelle.

Enfin l'appareil génito-utérin peut, considéré indépendamment de l'état général de l'économie, présenter des causes toutes locales de dysménorrhée : l'engorgement du col et du corps de l'utérus, l'inflammation érythémateuse, granuleuse ou ulcéreuse des lèvres antérieure ou postérieure du col utérin, les inflammations, les phlegmons ou les hématocèles péri-utérins, entraînent inévitablement un trouble considérable de la fonction cataméniale.

Symptomatologie. — Le caractère en quelque sorte exclusif de l'aménorrhée est l'absence complète du flux cataménial; les autres symptômes : spasmes et convulsions hystériques, congestions ou hémorrhagies supplémentaires, ne sont que des corollaires de ce fait capital.

La dysménorrhée n'est pas caractérisée par l'absence des règles, mais bien par la difficulté de leur écoulement et l'irrégularité de leur retour. Ce n'est pas l'abolition, c'est la perversion de cet acte vital. L'ovulation, entravée par les causes générales ou locales que nous avons énumérées, détermine une excitation tout à fait anormale de l'appareil génito-utérin, et s'accompagne de tranchées parfois assez douloureuses pour arracher des cris à la malade, comme dans l'accouchement; c'est la strangurie menstruelle. En même temps s'observent de la pesanteur hypogastrique, une fatigue toute spéciale de la partie antérieure et interne des cuisses, des douleurs vives et poignantes dans les régions iliaques et lombaires, une

congestion plus ou moins douloureuse des glandes mammaires, des douleurs de tête, des bourdonnements d'oreilles, des troubles de la vue, des palpitations, des spasmes précordiaux ou diaphragmatiques, des nausées et même des vomissements, quelquefois aussi de la diarrhée. Le caractère devient irritable ou mélancolique, et enfin des convulsions hystériques ou épileptiformes peuvent survenir.

La sensibilité ovarique s'exalte d'autant que le flux cataménial éprouve plus de difficulté à s'établir, et la matrice congestionnée arrive à un état d'orgasme qui réagit sympathiquement sur tout l'ensemble du système nerveux.

« Au lieu de se concentrer sur les plexus du bassin, dit M. Raciborski, la surexcitation menstruelle gagne d'autres plexus, les ganglions du grand sympathique et jusqu'au centre cérébro-spinal, d'où découlent une foule de phénomènes appartenant à l'innervation. »

Ces symptômes ne se présentent pas au même degré chez toutes les malades, mais chez toutes on peut constater cette relation directe entre le dérangement de la menstruation et le trouble plus ou moins profond de l'innervation.

Les causes nombreuses de l'aménorrhée et de la dysménorrhée, que nous avons passées en revue, indiquent assez que le traitement ne saurait se formuler d'une manière générale et absolue, et qu'il doit nécessairement varier en raison des circonstances dans lesquelles sont survenus les dérangements de cette importante fonction; elles font comprendre la nécessité de déterminer avant tout les conditions de leur développement. Aussi établissons-nous comme précepte que le traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée devra toujours se déduire de la cause qui les a produites.

1° Si cette cause tient à un état pléthorique, les émissions sanguines générales ou locales, les bains, les émollients sont les meilleurs emménagogues.

2° Si la cause gît dans un état chloro-anémique, spontané ou accidentel, les ferrugineux, une bonne alimentation, une habitation saine, l'exercice au grand air seront les moyens les plus propres à rétablir le flux cataménial.

3° Si les troubles de la menstruation se rattachent à un état de surexcitation nerveuse générale, les bains frais prolongés devront dominer toute la thérapeutique.

4° Si la cause, au contraire, provient essentiellement d'un défaut de stimulus nerveux général ou localisé dans l'appareil génito-utérin, d'une perversion de la vitalité de cet appareil, et spécialement

de la sensibilité ovarienne, les excitants qualifiés d'emménagogues sont indiqués, et c'est dans ces cas, très-nombreux dans la pratique, que l'apiol nous a paru présenter une supériorité incontestable sur tous les autres.

5° Enfin, si nous supposons un de ces états complexes, où plusieurs causes semblent se combiner pour provoquer l'aménorrhée ou la dysménorrhée, on devra combattre préalablement les états généraux ou locaux que nous venons d'exposer avant de recourir à l'emploi des emménagogues.

A l'appui de notre opinion, rappelons sommairement deux faits qui nous reviennent en mémoire.

Il y a quelque vingt ans, nous vîmes dans le service de Lisfranc, à la Pitié, une jeune fille de vingt et un ans, de forte constitution, éminemment pléthorique, qui n'avait pas encore eu ses règles, bien qu'elle en eût éprouvé à plusieurs reprises les symptômes précurseurs : pesanteur hypogastrique, douleurs lombaires, etc. Les toniques, le fer et les emménagogues largement administrés n'avaient pas réussi à faire paraître le flux cataménial. Lisfranc reconnut, par le toucher, que l'utérus avait doublé de volume; il pensa que cet engorgement avait dû augmenter plutôt que diminuer, sous l'influence des traitements précédemment conseillés, et prescrivit : saignée dérivative, sangsues, bains, cataplasmes, etc. Ces moyens ne tardèrent pas à provoquer la résolution de l'engorgement, et consécutivement l'éruption des règles.

René Vanoye (Annales de Roulers, 3e livraison, 1849) rapporte le fait suivant :

Une fille de vingt-deux ans, régulièrement menstruée depuis sa dix-neuvième année, fut prise d'aménorrhée. En même temps, sa santé s'altéra, ses digestions devinrent capricieuses, pénibles, elle eut des vomissements. A ces dérangements gastriques se joignirent des symptômes d'hystérie. On opposa à cette affection les emménagogues les plus énergiques, qui demeurèrent sans effet; et ce n'est qu'après que la malade eut rendu deux lombrics qu'on eut l'idée de lui administrer des anthelminthiques. Cette fille rendit un très-grand nombre de vers, et ses règles reparurent d'abord en petite quantité, puis plus fortement et régulièrement.

Ces deux observations, toutes concises qu'elles sont, portent avec elles leur enseignement. Dans la première, on constate un état congestif de la matrice qui s'oppose à la venue des règles; un traitement est dirigé dans ce sens et la menstruation s'effectue. Dans la seconde, la présence de lombrics dans le tube digestif provoque une irritation gastro-intestinale, puis des symptômes nerveux qui retentissent jusque dans l'appareil utérin et s'opposent à l'accomplisse-

ment de la fonction menstruelle; on administre des anthelminthiques, les vers sont rejetés et le flux cataménial reparaît.

Ces résultats sont faciles à comprendre; la médication était rationnelle dans les deux cas : elle s'adressait directement aux causes, elle devait avoir un plein succès, et l'on conçoit aisément pourquoi les emménagogues primitivement prescrits avaient été inefficaces.

Nous ne saurions trop le répéter : *le traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée doit toujours se déduire de la cause qui leur a donné naissance.* Ce précepte n'admet pas d'exceptions.

Il nous reste à présent à établir par des faits la valeur emménagogue de l'apiol, beaucoup plus sûre que celle de tous les excitants qui ont été préconisés jusqu'à ce jour, son innocuité parfaite même dans les cas de grossesse commençante, et son mode d'administration.

Action physiologique de l'apiol. — Nous avons suffisamment fait connaître, dans notre premier mémoire, l'action physiologique de l'apiol par des expériences qui nous étaient personnelles. Nous nous bornerons à rappeler que ce principe actif est d'une innocuité parfaite. Administré à la dose de 50 centigrammes par jour, il n'a jamais occasionné ni soif, ni vomissements, ni coliques, ni diarrhée. Quelques jeunes filles ont éprouvé après son ingestion des rapports désagréables, rappelant le goût et l'odeur du médicament; quelques autres ont ressenti une excitation cérébrale légère, semblable à celle que produit le café. Une dame qui, antérieurement déjà, avait, à plusieurs reprises et avec un grand succès, employé l'apiol, se trouvant à la campagne dans des conditions qui paraissaient réclamer son emploi, crut pouvoir y recourir sans nous consulter ; mais au lieu de prendre le médicament pendant un nombre limité de jours et à l'époque d'élection, elle en fit usage pendant trois semaines sans interruption, à la dose de 25 centigrammes matin et soir ; des symptômes de pléthore avec turgescence de la face, excitation cérébrale évidemment congestive, la décidèrent à venir prendre notre avis. Renseigné sur la médication que cette dame avait suivie, et convaincu que les phénomènes observés se rattachaient exclusivement à l'usage trop longtemps continué de l'apiol, nous nous bornâmes, après avoir fait cesser le médicament, à prescrire des bains tempérés.

Deux jours suffirent pour dissiper un état inflammatoire qui nous avait paru, au premier abord, ne devoir céder qu'à une émission sanguine.

Deux autres dames ont pris impunément chacune 10 ou 12 cap-

sules d'apiol de 25 centigrammes, sans éprouver le moindre dérangement dans leur santé, bien qu'elles fussent arrivées au deuxième mois d'une grossesse jusque-là non soupçonnée, qui suivit néanmoins sa marche régulière et se termina par un heureux accouchement.

D'autres faits analogues nous ont démontré que l'apiol, au début d'une grossesse, était complétement inoffensif.

Mode d'administration de l'apiol; *nécessité de préciser le moment opportun de son emploi*; *doses auxquelles on le prescrit*. — Il n'importe pas seulement de déterminer la cause de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée que l'on est appelé à combattre, il faut fixer le moment pour administrer l'apiol ou tout autre emménagogue. Ce moment devra toujours être celui du retour de la menstruation : mais les règles ne se montrent pas à des intervalles égaux, elles peuvent avancer ou retarder, et souvent il est à peu près impossible à la malade comme au médecin de préciser l'époque à laquelle elles doivent reparaître. Ce problème devient encore plus difficile quand le flux cataménial a disparu depuis plusieurs mois. Cependant, il est des signes à peu près constants qui révèlent l'approche de la menstruation.

Les femmes éprouvent de la douleur dans les reins, de la pesanteur dans le bas-ventre, du mal de tête avec légère élévation du pouls, de l'agacement nerveux et même de la morosité. Ces phénomènes, indices d'une congestion de l'utérus, sont les symptômes précurseurs de la menstruation, c'est le moment qu'il convient de choisir pour administrer l'apiol, et c'est dans ces conditions que son efficacité est surtout remarquable.

L'apiol se prend en capsules gélatineuses; chaque capsule renferme 25 centigrammes d'apiol. Habituellement, nous administrons une capsule le matin et une autre le soir, dans une cuillerée d'eau sucrée; nous continuons ainsi pendant toute la durée de l'époque menstruelle (quatre ou cinq jours). Le mois suivant, nous prescrivons le même traitement à la même époque et pendant le même laps de temps; enfin, nous recommençons le troisième mois, si la menstruation n'est pas suffisamment abondante et parfaitement régularisée. D'après de nombreux essais, la dose de deux capsules d'apiol prise journellement ne nous paraît pas devoir être dépassée. Si après cinq ou six jours de l'administration de l'apiol la menstruation n'avait pas eu lieu, il serait plus sage d'ajourner à l'époque suivante plutôt que d'en continuer l'emploi.

Ordinairement les règles reparaissent à la première prise du mé-

dicament; elles viennent plus ou moins abondamment, mais toujours sans douleur, et il est rare qu'au troisième mois on soit obligé d'en continuer l'usage.

Dans la dysménorrhée, nous ne changeons rien à ce mode d'administration, qui nous a toujours réussi.

Nous n'entrerons pas dans d'autres considérations, et nous arrivons à l'exposé de quelques-unes de nos observations, que nous rangeons dans l'ordre suivant :

1° Observations d'aménorrhée primitive ou par défaut de sécrétion ;

2° Observations d'aménorrhée accidentelle ou de suppression ;

3° Observations de dysménorrhée.

Obs. I. *Aménorrhée primitive. — Administration de l'apiol à la dose de 50 centigrammes. — Guérison immédiate.* — Marie F***, jeune fille de dix-neuf ans, venue de la province pour se mettre en condition à Paris, réunit tous les signes extérieurs d'une santé parfaite. Grande, forte, un peu brune, d'une bonne constitution, elle n'a pas encore été menstruée. Depuis un an, elle souffre chaque mois, pendant plusieurs jours, de coliques violentes, avec pesanteur dans le bas-ventre, douleur dans les aines et dans les reins. Quelquefois, ces douleurs sont tellement fortes qu'elles l'obligent à garder le lit. Le bas-ventre est tendu, comme globuleux ; il s'écoule du vagin un flux muqueux, qui disparaît au bout de quelques jours.

Dans son pays, on l'a saignée, on lui a appliqué des sangsues aux cuisses, elle a pris des bains entiers, etc. ; enfin on lui a donné tout aussi inutilement du safran, de l'absinthe, de l'armoise, etc. Mandé au moment d'un de ces paroxysmes que nous avons décrits, nous prescrivons l'apiol à la dose d'une capsule, matin et soir, dans une cuillerée d'eau sucrée. Le lendemain, notre jeune malade ne souffrait plus ; les règles avaient paru et coulé abondamment toute la nuit. Nous avons continué l'usage de l'apiol pendant la durée des règles.

Le mois suivant, avertie par quelques tranchées utérines de l'arrivée du flux cataménial, la malade a repris des capsules d'apiol, comme elle l'avait fait la première fois. Non-seulement elle ne s'est pas alitée, mais elle a pu continuer son travail et n'a éprouvé aucune douleur.

Deux ans après, nous avons revu Marie F*** ; elle jouissait d'une bonne santé et sa menstruation était régulière.

Obs. II. *Aménorrhée primitive guérie, au premier mois, par l'emploi de l'apiol.* — M. J***, âgée de dix-huit ans, d'une constitution robuste et d'un tempérament pléthorique, n'a jamais fait de maladie grave. Depuis un an environ elle ressent, tous les mois, des douleurs dans les reins et dans l'hypogastre, avec lassitude dans les cuisses et tendance à la mélancolie.

Ces symptômes n'ont que quelques jours de durée. La menstrua-

tion n'ayant pas encore paru chez cette jeune fille, nous profitâmes d'une de ces époques pour lui faire prendre de l'apiol à la dose d'une capsule, matin et soir. Dès le second jour, c'est-à-dire après la prise de la quatrième capsule, les règles firent éruption et les douleurs se dissipèrent instantanément.

Le mois suivant, par précaution, nous fîmes continuer l'usage de l'apiol; la jeune malade n'a pas ressenti de coliques utérines, et, depuis lors, la menstruation a lieu régulièrement et abondamment tous les mois.

A la lecture de ces observations, il n'est guère possible de révoquer en doute l'influence de l'apiol sur l'éruption de l'hémorrhagie menstruelle. Ces deux jeunes filles avaient le même âge et la même constitution ; elles avaient ressenti à un égal degré les prodromes d'une menstruation à laquelle il ne manquait que l'hémorrhagie habituelle. Chez toutes deux conséquemment les mêmes indications se présentaient; il s'agissait de venir en aide à la fluxion de la matrice qui était insuffisante. Nous prescrivons l'apiol à la dose d'une capsule matin et soir. Le lendemain les tranchées utérines s'apaisent, les douleurs de reins cessent, les règles apparaissent, et tout le temps de leur durée se passe dans un calme parfait. Ici l'action de l'apiol ne nous semble pas douteuse; c'est en élevant au degré convenable le stimulus nécessaire à l'accomplissement de la fonction que l'hémorrhagie s'est produite; c'est la goutte d'eau qui est venue faire déborder le vase déjà plein, comme l'a dit M. le professeur Trousseau. On ne produit pas la venue des règles, on la favorise, on l'aide. Pour cela, il faut profiter du moment opportun et agir dans le sens de la fluxion utérine.

L'efficacité de l'apiol n'est pas moins grande dans l'aménorrhée par suppression que dans l'aménorrhée primitive.

Nous avons dit que la plupart des femmes atteintes d'aménorrhée offraient un changement notable dans le caractère. Il en est chez lesquelles la sensibilité ovarique s'exalte au point de produire l'aliénation mentale. Honoré, notre ancien maître, a observé à l'hôpital Saint-Louis une fille qui, tous les mois, à l'approche de ses règles, ne savait plus ce qu'elle disait ni ce qu'elle faisait; elle ne recouvrait son libre arbitre qu'après la cessation de l'hémorrhagie menstruelle. M. Brierre de Boismont en a vu d'autres qui étaient prises de manie aiguë ; elles injuriaient et frappaient les personnes. M. Landouzy, de Reims, prétend que rien n'est plus fréquent que l'éclampsie à la suite de l'excitation nerveuse qui se montre au moment des règles. Enfin MM. Maisonneuve et Marrotte ont rapporté chacun un cas d'épilepsie revenant périodiquement avec les règles.

Le fait suivant ne nous paraît ni moins curieux, ni moins intéressant que ces derniers : c'est une aménorrhée fonctionnelle accompagnée d'accès épileptiformes revenant périodiquement tous les deux jours.

Obs. III. *Aménorrhée par suppression provoquant tous les deux jours, à la même heure, des convulsions épileptiformes. — Grossesse survenue au bout de huit mois de l'apparition des attaques. — Disparition de celles-ci jusqu'après l'accouchement, et six semaines ensuite réapparition des accès sous le même type intermittent tierce. — Administration de l'apiol, cessation immédiate de l'aménorrhée et des convulsions épileptiformes.* — Mme Mauny, née Durchamps, maraîchère, âgée de vingt-sept ans, demeurant à Issy, rue de Sèvres, n° 3, est une femme forte, bien constituée et d'un tempérament pléthorique. Réglée à treize ans, sans difficulté, elle l'a été très-régulièrement jusqu'à l'époque de son mariage, qui a eu lieu à vingt ans. A vingt-deux ans elle est accouchée d'une fille. L'accouchement et ses suites ont été très-naturels. Au bout de six semaines les règles ont reparu et se sont montrées régulièrement pendant six mois. A dater de cette époque, la santé de Mme Mauny s'est dérangée sensiblement. La menstruation a diminué en quantité et en qualité. Le sang est décoloré, la malade se plaint de maux d'estomac et de palpitations très-fortes ; elle éprouve de violentes douleurs névralgiques dans la tête, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre ; enfin, les règles ayant cessé de paraître, elle a été prise, tous les deux jours, de sept à huit heures du soir, d'un accès épileptiforme dont la durée variait d'une à plusieurs heures. Chaque attaque s'annonçait par des pendiculations et des douleurs dans la tête. Au moment de l'invasion, la malade éprouve un sentiment de suffocation, un éblouissement ; elle perd connaissance, tombe, et aussitôt elle est prise de convulsions générales. Le facies est rouge, il n'y a pas d'écume à la bouche. Chaque accès est suivi d'un sommeil profond, comme léthargique, qui dure de huit à dix heures.

Notre honorable confrère, M. le docteur Lombard père, a donné longtemps ses soins à la malade. Il l'a saignée, lui a administré des antispasmodiques de toutes sortes, du sulfate de quinine et beaucoup de grands bains, sans résultat. L'éther, à petites doses, amenait un peu de calme durant les attaques ; elles étaient moins longues quand on parvenait à lui en faire avaler un peu, ce qui était fort difficile, en raison de la contraction des mâchoires. Cet état a duré huit mois.

Au mois de septembre 1857, la menstruation ayant reparu, les convulsions épileptiformes ont cessé comme par enchantement.

Mme Mauny est redevenue enceinte, et pendant toute cette grossesse, dont l'issue a été aussi heureuse que la première, elle a toujours joui d'une parfaite santé. Mais six semaines après ce deuxième accouchement, les règles n'étant pas revenues, les accès épileptiformes se sont reproduits sous le même type, à la même heure et avec la même intensité qu'auparavant.

Déjà Mme Mauny avait eu dix ou douze attaques lorsque nous la vîmes pour la première fois, le 11 octobre 1858.

Du 12 au 16 octobre, nous lui fîmes prendre deux capsules d'apiol, chaque jour. Pendant ces quatre jours, elle eut encore deux accès. Le 16 octobre, les règles ayant fait éruption, l'accès n'est pas revenu, et la malade n'a même pas ressenti les prodromes de ses attaques.

Le mois suivant, trois jours avant l'époque présumée des règles, Mme Mauny ayant éprouvé de la pesanteur dans le bas-ventre, avec douleur dans les reins et fatigue dans les aines et dans les cuisses, a repris cinq capsules d'apiol seulement ; le flux cataménial est revenu avec abondance, il a duré cinq jours. Depuis lors, Mme Mauny a toujours joui d'une parfaite santé ; elle continue d'être régulièrement menstruée, et elle n'a plus eu de convulsions épileptiformes.

Cette observation est vraiment très-remarquable. Non-seulement elle nous démontre la nature essentiellement nerveuse de l'aménorrhée, mais elle nous fait connaître encore la valeur emménagogue de l'apiol. Avant l'administration de ce principe immédiat, toutes les médications avaient été pour ainsi dire épuisées par notre confrère, M. Lombard, sans aucun profit pour la malade. La saignée, les sangsues, les bains, les ferrugineux et le sulfate de quinine lui-même étaient impuissants à réprimer les accès épileptiformes qui revenaient, tous les deux jours, avec une désolante ténacité. Nous administrons l'apiol à la dose minime de 50 centigrammes dans les vingt-quatre heures ; quatre jours après, la menstruation s'effectue, et à dater de ce moment les convulsions épileptiformes cessent de se montrer.

Il y a eu ici une relation trop évidente de cause à effet pour nier l'efficacité de l'apiol, car si l'on admet, comme nous croyons l'avoir suffisamment démontré, que les accès épileptiformes de la femme Mauny soient nés sous l'influence de l'aménorrhée dont elle était atteinte, il faut reconnaître également que l'aménorrhée a cédé à l'emploi de l'apiol. Nous n'insisterons pas davantage sur cette démonstration.

L'aménorrhée de cause rhumatismale peut être avantageusement traitée par l'apiol, alors que sous l'influence d'une médication appropriée on est arrivé à la guérison de l'arthrite.

En voici un exemple :

Obs. IV. La fille E. B***, couturière, âgée de vingt-six ans, réglée à dix-huit ans, l'a toujours été régulièrement ; seulement, chaque époque menstruelle était précédée de douleurs de reins avec pesanteur au bas-ventre.

Au mois de septembre 1854, la fille E. B*** eut une blennorrhagie.

Le mois suivant elle fut prise d'arthrite, et à partir de cette époque ses règles disparurent complétement.

Le rhumatisme articulaire fut traité par les émissions sanguines et le sulfate de quinine à hautes doses ; il dura jusqu'à la fin de mars de l'année suivante.

Le 25 de ce mois, la malade ne souffrait plus de ses anciennes douleurs ; elle accusait de la pesanteur dans l'hypogastre, des tranchées utérines et de la céphalalgie ; ses règles n'avaient pas paru depuis six mois. Nous lui prescrivons une capsule d'apiol à prendre dans la soirée. Le lendemain elle en a pris deux. Dans la nuit du 26 au 27 mars, les règles reparurent avec abondance, et coulèrent pendant trois jours.

Le mois suivant, à pareille époque, nous fîmes reprendre l'apiol aux mêmes doses ; les règles sont revenues sans douleur et avec la même abondance.

Ainsi, sous l'influence d'une fluxion vive, dans un des points de l'économie, les règles se suppriment et restent six mois sans reparaître ; puis une nouvelle congestion spontanée, sans exhalation sanguine, se faisant vers l'utérus, il suffit d'administrer trois capsules d'apiol pour rappeler la menstruation. Notons que, pendant toute la durée de son arthrite, la malade n'a ressenti aucun des prodromes qui dénotent d'ordinaire l'arrivée prochaine des règles. On aurait vainement tenté l'administration de l'apiol à cette époque, il n'aurait pas eu plus de succès que les autres emménagogues. Le moment était inopportun ; il fallait d'abord faire disparaître l'arthrite rhumatismale.

Nous pourrions multiplier infiniment le nombre de nos observations ; celles que nous venons de rapporter ont été prises parmi plus de deux cents autres ; elles suffisent, croyons-nous, pour établir la valeur emménagogue de l'apiol ; en insistant davantage, nous craindrions de fatiguer l'attention du lecteur.

Dans la dysménorrhée, l'action de l'apiol n'est pas moins manifeste que dans l'aménorrhée. Il n'agit pas seulement comme excitant, mais aussi comme régulateur de la fonction menstruelle.

Comme spécimens, nous rapporterons les faits suivants :

Obs. V. *Dysménorrhée ancienne guérie par l'emploi de l'apiol.* —L. F***, âgée de vingt et un ans, grande, forte, d'une bonne constitution et d'un tempérament pléthorique, a toujours été très-irrégulièrement menstruée. Les règles sont toujours précédées et accompagnées de douleurs si violentes dans les reins, les lombes et le bas-ventre, que la malade est obligée de garder le lit pendant plusieurs jours.

On a essayé vainement les bains et les fumigations. L'emploi à l'intérieur du safran, de l'armoise, de l'absinthe et de la mille-

feuille en infusion, n'a pas modifié davantage son état maladif. Depuis trois ans que Mme F*** est mariée, ses douleurs utérinos sont toujours les mêmes. Mme F*** n'a pas eu d'enfant, ni même un commencement de grossesse.

Au mois de mars 1855, elle est venue nous consulter. Nous lui prescrivîmes de faire usage de l'apiol, à la dose d'une capsule matin et soir, aussitôt qu'elle ressentirait les premières atteintes de ses coliques utérines.

Le 15 mars, elle commença son traitement et le continua pendant quatre jours. Le 17, ses règles parurent avec plus de force et durèrent quarante-huit heures. La malade n'a éprouvé que quelques douleurs lombaires très-supportables.

Le mois suivant nous l'avons soumise au même traitement. Les coliques utérines n'ont pas reparu, et la menstruation a eu lieu durant quatre jours, d'une manière continue et abondante.

Au mois de mai, Mme F*** est devenue enceinte; elle s'est toujours bien portée pendant tout le temps de sa grossesse, et elle est heureusement accouchée à terme.

Depuis sept ans, la santé de Mme F*** ne laisse rien à désirer.

Obs. VI. *Dysménorrhée datant de trois ans, guérie par l'apiol.* — Mme T*** est âgée de dix-huit ans. Réglée à quinze ans, elle a été mariée dans la même année. Cette jeune femme a toujours été irrégulièrement et mal menstruée. A chaque époque de ses règles, elle est prise de douleurs si violentes dans les reins, l'hypogastre et les aines, qu'elle est obligée de s'aliter. Elle ne sait quelle position garder; elle se courbe en deux, se tortille, mord ses draps et jette des cris. Jamais elle n'avait entrepris de traitement, lorsqu'elle vint nous consulter au mois de décembre 1857. Nous lui fîmes prendre l'apiol à la dose que nous prescrivons habituellement. Le 12 décembre, elle avala 2 capsules. Le 13, les règles ont paru; elles ont coulé pendant quatre jours, durant lesquels nous avons continué l'usage de l'apiol. Au lieu des tranchées utérines qu'elle éprouvait auparavant, la malado n'a ressenti que quelques coliques légères, qui ne l'ont pas empêché de continuer ses travaux.

Au mois de janvier, nous avons persévéré dans le même traitement; la menstruation a eu lieu sans douleur, et depuis lors elle s'effectue régulièrement et normalement.

Obs. VII. *Dysménorrhée datant de deux ans, guérie par l'apiol.* — Mme L*** est une femme de vingt-six ans, n'ayant jamais fait de maladie grave dans son enfance. Mariée à vingt ans, elle a eu successivement quatre enfants. Depuis sa dernière couche, sa menstruation s'est dérangée. Les règles sont devenues irrégulières et moins abondantes; elles s'accompagnent chaque fois de douleurs très-vives dans les reins et les aines, et d'un sentiment de pesanteur qui persiste plusieurs jours après leur cessation. De deux époques, l'une est caractérisée par le malaise que nous avons rapporté, l'autre par des tranchées utérines beaucoup plus violentes, qui occasionnent des convulsions et obligent la malade à garder le lit.

Le premier jour, le sang ne coule que très-difficilement et par caillots; quarante-huit heures après, il devient plus fluide et coule plus abondamment.

On a vainement essayé l'usage des emménagogues les plus actifs, la saignée seule et des injections de gaz carbonique sur le col utérin soulageaient un moment la malade. Mais le mois suivant, ou plutôt le deuxième mois, car il y avait une intermittence franche dans ces accidents, le mal revenait avec la même intensité.

D'après ces données, nous ne crûmes mieux faire que de prescrire l'usage de l'apiol.

Au mois d'octobre 1858, Mme L*** a pris 2 capsules d'apiol au moment de l'arrivée de ses règles; elle les a continuées pendant cinq jours.

L'hémorrhagie menstruelle a été plus facile et plus abondante; les douleurs ont été presque nulles.

Au mois de novembre, qui était l'époque la plus douloureuse, le même traitement a été suivi et nous avons obtenu le même résultat, c'est-à-dire que la malade n'a éprouvé ni tranchée utérine, ni aucune douleur.

Nous avons persisté deux mois encore dans l'administration de l'apiol, et depuis lors Mme L*** a toujours joui d'une parfaite santé. L'écoulement menstruel est régulier et aussi facile qu'avant sa dernière couche.

A côté de ces succès incontestables d'une guérison entière et durable de la dysménorrhée par l'apiol, il est des cas où le même médicament ne réussit qu'à pallier momentanément les douleurs utérines, et où il devient nécessaire, conséquemment, d'en répéter l'emploi, tous les mois, si l'on veut empêcher les malades de souffrir. En voici un exemple.

Obs. VIII. *Dysménorrhée datant de quatre ans traitée par l'apiol. — Disparition des tranchées utérines chaque fois que la malade prend des capsules, et réapparition des douleurs, si elle en cesse l'usage.* — Mme P***, née G***, de Charleroi, âgée de vingt ans, d'une forte constitution et d'un tempérament pléthorique, n'a jamais été malade. Réglée à quatorze ans, elle l'a été régulièrement mais peu abondamment, et toujours avec difficulté. L'hémorrhagie menstruelle est suivie d'un écoulement leucorrhéique, qui ne disparaît qu'au bout de six à huit jours.

Au mois de septembre 1856, nous avons vu la malade pour la première fois, et nous avons pu l'observer avec beaucoup d'attention. Tous les mois, à l'époque des règles, elle était prise de douleurs très-vives dans les reins, les aines et le bas-ventre; les coliques utérines ont été parfois assez intenses pour l'obliger de se coucher. Ces douleurs précédaient de vingt-quatre heures l'apparition des menstrues.

Nous lui prescrivîmes l'usage de l'apiol. Dès le premier mois les douleurs ne reparurent pas. Il en fut de même le deuxième et

le troisième mois. Pensant qu'il était inutile de persévérer plus longtemps dans l'emploi de ce médicament, nous le cessâmes. Le mois suivant les tranchées utérines revinrent aussi intenses qu'auparavant. A la nouvelle époque nous reprenons le médicament; tout le temps de la menstruation se passa sans tranchées ni coliques, ni douleurs. Deux fois encore, à de longs intervalles, nous avons répété la même épreuve et constaté que l'apiol faisait disparaître la difficulté de l'écoulement sanguin et les douleurs très-vives qui l'accompagnent; mais aussitôt qu'on en cessait l'usage, ces mêmes douleurs revenaient avec une ténacité désespérante.

M[lle] G*** s'est mariée en 1857. L'année suivante elle a eu un enfant. Sa grossesse a été pénible, mais l'accouchement s'est fait heureusement.

Au retour des règles, les douleurs utérines ont été aussi fortes qu'autrefois. Elle a repris l'usage de l'apiol dont elle se trouve bien, mais elle ne peut pas l'abandonner sans risquer de voir renaître sa dysménorrhée avec toutes ses suites.

Ces faits n'ont pas besoin de commentaires. L'efficacité de l'apiol dans la dysménorrhée ne saurait être mise en doute. Dans les trois premières observations, le résultat a été immédiat : quelques capsules d'apiol ont amené la cessation subite des maux de reins, des douleurs des aines et des tranchées utérines. Dès le jour même de l'administration du médicament, et quelquefois le lendemain, les règles ont paru et coulé avec abondance et sans difficulté. C'est là la règle générale, c'est ce que nous avons observé chez le plus grand nombre de nos dysménorrhéiques. Cependant, nous nous hâtons d'ajouter, et nous avons eu le soin d'en fournir la preuve dans notre dernière observation, l'apiol ne guérit pas toujours la dysménorrhée, mais il réussit constamment à dissiper les symptômes douloureux qui l'accompagnent.

Tous ces faits nous semblent dignes de l'attention de nos confrères; nous croyons pouvoir les résumer par les propositions suivantes :

1° Le traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée devra toujours varier en raison des causes qui lui ont donné naissance.

2° Quelle que soit la médication à mettre en usage, il ne faut jamais l'employer qu'à l'époque précise du retour des règles. Ce retour, indiqué par les congestions spontanées qui ont lieu du côté de la matrice, est facilement reconnaissable aux phénomènes qui l'accompagnent.

3° Quand l'aménorrhée ou la dysménorrhée proviennent d'une diminution, d'un excès ou d'une perversion de vitalité de l'utérus avec névrose locale ou générale, l'apiol administré suivant les règles que

nous avons posées est le meilleur et le plus sûr des emménagogues. C'est l'excitateur et le régulateur de la menstruation. On peut toujours l'administrer sans danger. Dr Joret.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'emploi de la glycérine dans le traitement des ophthalmies.

Par M. le docteur Foucher, chirurgien des hôpitaux.

C'est depuis quelques années seulement que la glycérine a été introduite dans la thérapeutique, et déjà les applications de ce précieux agent ont été fort nombreuses. Dans un travail intéressant sur ce sujet, M. Demarquay s'est appliqué à faire ressortir les avantages des pansements faits avec la glycérine. Selon ce chirurgien, ce mode de pansement modifie heureusement la surface des plaies, arrête la pourriture d'hôpital, la putridité, et convient aussi bien aux pansements des surfaces suppurantes profondes. Il rappelle aussi l'action bienfaisante qu'exerce la glycérine sur les brûlures, les ulcères, etc. Il insiste longuement sur l'emploi de la glycérine unie à diverses substances médicamenteuses, dans le traitement de la plupart des affections cutanées; si c'était ici le lieu, nous ajouterions, à ce que dit M. Demarquay du traitement de la vaginite par la glycérine au tannin, les résultats que nous avons obtenus de ce mode de traitement dans la blennorrhagie, et notamment encore dans le courant du mois dernier, chez deux malades dont l'un avait la blennorrhagie depuis dix-huit mois, l'autre depuis quatre mois. Mais nous voulons nous borner aujourd'hui à appeler l'attention sur les résultats que nous avons obtenus dans le traitement des ophthalmies par l'emploi de la glycérine, soit pure, soit unie à des substances médicamenteuses.

Comme le fait observer M. Demarquay, les applications de la glycérine aux maladies des yeux sont encore très-restreintes; à part son application au traitement de la xérophthalmie, par M. Taylor, son emploi après les cautérisations des ulcères de la cornée pour isoler les parties voisines, par Bowman, M. Demarquay n'a rien trouvé d'important à signaler à ce sujet, et lui-même ne paraît pas avoir fait usage de ce médicament, auquel il accorde une si grande efficacité dans beaucoup d'autres maladies.

D'une manière générale, nous avons substitué la glycérine à l'eau distillée, dans les divers collyres que nous employons. La gly-

cérine du commerce est trop impure pour être employée en pareille circonstance ; il faut donc ne faire usage que de la glycérine bien purifiée, parfaitement neutre, si l'on veut être sûr des résultats que l'on obtiendra ; du reste, aujourd'hui, toutes les bonnes pharmacies de Paris peuvent fournir cette glycérine neutre, que nous recommandons. A cet état, la glycérine s'associe parfaitement à tous les médicaments que l'on emploie dans les maladies des yeux, excepté toutefois le nitrate d'argent qui, comme on le sait, se décompose au contact des matières organiques.

Voici, du reste, les formules des principaux collyres que nous recommandons :

1°	Glycérine pure	30 grammes.
	Borax	2 à 4 grammes.
2°	Glycérine pure	30 grammes.
	Sulfate de zinc	1 à 3 grammes.
3°	Glycérine pure	30 grammes.
	Sulfate de cuivre	1 à 4 grammes.
4°	Glycérine pure	30 grammes.
	Teinture d'iode	4 à 8 grammes.
5°	Glycérine pure	30 grammes.
	Perchlorure de fer	1 à 4 grammes.
6°	Glycérine pure	30 grammes.
	Tannin	2 à 4 grammes.
7°	Glycérine pure	30 grammes.
	Calomel	2 à 4 grammes.
8°	Glycérine pure	30 grammes.
	Laudanum de Sydenham	2 à 4 grammes.

On pourrait de même associer la glycérine à l'alun, à l'acétate neutre de plomb, au sulfate d'atropine, etc.

Nous faisons usage de la glycérine pure dans la plupart des cas : ainsi, attribuant un grand avantage au maintien des paupières dans un état parfait de propreté, nous voulons que le malade atteint d'ophthalmie, en particulier de blépharite ciliaire ou autre, enduise, au moyen du doigt trempé dans la glycérine, les paupières, exerce même sur leur bord libre une légère friction, et cela souvent pendant la journée. De cette façon, la glycérine se mêle au mucus, au muco-pus, incessamment versés à la surface des paupières, les liquéfie et empêche la production des croûtes adhérentes à la base des cils ; et si ces croûtes existent, la glycérine les dissout rapidement et permet de les enlever sans le moindre effort. C'est là un avantage sur lequel nous insistons tout particulièrement ; car on sait combien l'existence de ces croûtes muco-purulentes est préjudiciable à la guérison ; puisque, outre qu'elles empêchent les

médicaments de toucher les surfaces malades, elles amènent l'arrachement des cils, ravivent les ulcérations, si on les enlève avec un peu de violence. Pendant trois mois que nous avons soumis aux onctions de glycérine les petits malades atteints d'ophthalmies, à l'hôpital des Enfants, nous avons été à même de vérifier constamment les heureux résultats de cette pratique; car nos malades s'offraient toujours à notre examen avec des paupières très-propres, et parfaitement dépouillées de toute concrétion muco-purulente. Cet état contrastait singulièrement avec celui que l'on remarque ordinairement chez ces malheureux enfants. Nous croyons encore que ces onctions avec la glycérine entretiennent dans les paupières une souplesse favorable à la guérison; nous indiquons de porter le doigt qui fait l'onction sur le bord libre des paupières, en le faisant progresser de dedans en dehors, afin de ramener dans leur direction normale les cils qui, dans les ophthalmies tarsiennes ou ciliaires, ont la tendance la plus marquée à se dévier en dedans.

Nous ne manquons jamais, lorsque nous croyons utile, dans le cas d'ophthalmie purulente, de granulations palpébrales, de porter le crayon de nitrate d'argent sur les surfaces malades, d'enduire les surfaces cautérisées d'une couche de glycérine, après avoir toutefois décomposé le caustique au moyen de l'eau salée. Nous agissons de même lorsque nous avons scarifié la conjonctive palpébrale, après que l'écoulement du sang a cessé. Nous évitons ainsi le contact de l'escarre irrégulière rugueuse, produite à la surface de la conjonctive, avec la cornée transparente.

Il nous est arrivé assez souvent d'obtenir la guérison prompte de conjonctivites simples, muqueuses, légères, par l'emploi de la glycérine pure. Cependant, dans les ophtalmies un peu intenses, il faut associer la glycérine à une autre substance médicamenteuse et employer l'un des collyres que nous avons indiqués. Quel que soit le collyre dont on fasse usage, on peut en verser une goutte dans l'œil à plusieurs reprises, dans la journée, ou l'étaler à la surface interne des paupières, au moyen d'un petit pinceau à aquarelle. Le liquide médicamenteux se mêle immédiatement aux liquides versés à la surface de l'œil et reste en contact plus longtemps que les collyres aqueux. Il s'étale en même temps sur le bord des paupières, au contact desquelles il reste, et remplit ainsi l'office des pommades, dont il n'a pas les inconvénients : celles-ci, en effet, rancissent promptement à la surface de la peau, l'irritent et produisent ainsi une action tout opposée à celle que l'on recherche; elles se mêlent au muco-pus, forment ainsi des croûtes sales et irritantes, qui sé-

journent sur les surfaces malades et entretiennent ainsi les ulcérations qu'elles sont chargées de guérir.

Voici, du reste, les indications que doivent, selon moi, remplir les divers collyres dont j'ai donné les formules :

Dans la conjonctivite muqueuse ou catarrhale, qu'elle n'atteigne que la conjonctive oculaire ou qu'elle s'étende aux paupières, les collyres au sulfate de zinc, au borate de soude, suffisent ordinairement, comme médication locale, et peuvent très-bien remplacer le collyre au nitrate d'argent, dont l'application est plus douloureuse. La blépharite ciliaire, quand elle est récente et d'une intensité moyenne, cède aux onctions du bord libre des paupières, répétées trois ou quatre fois par jour, avec la glycérine au calomel, ou bien encore avec la glycérine iodée, si, comme cela se remarque souvent, la blépharite ciliaire n'est qu'une des manifestations de l'ophthalmie scrofuleuse. Lorsque les paupières sont malades depuis longtemps et que le bord libre présente des ulcérations nombreuses, il est utile d'avoir recours à la pommade au nitrate d'argent, ou même à la cautérisation des ulcères avec le crayon de nitrate d'argent. La kératite superficielle, diffuse, réclame, comme topiques, l'emploi de la glycérine au zinc ou du collyre au nitrate d'argent. La glycérine laudanisée nous a rendu des services importants, dans les cas d'ophthalmie phlycténulaire des enfants ou de kératite ulcéreuse, s'accompagnant d'une photophobie intense ; nous pensons que dans ces cas il faut surveiller attentivement l'iris et agir même préventivement sur cet organe, au moyen du collyre au sulfate d'atropine.

Outre les insufflations de calomel, de tutie, etc., nous employons dans le cas de taie de la cornée, succédant aux ulcérations superficielles, la glycérine au tannin ou au sulfate de cuivre, qui nous ont fourni des résultats plus avantageux que le chlorure de baryum préconisé en Allemagne. La kératite vasculaire ou panniforme exige au début les scarifications ou les excisions des vaisseaux périkératiques ; et quand l'inflammation a un peu perdu de son acuité, on voit souvent disparaître les vaisseaux assez rapidement et la cornée reprendre sa transparence sous l'influence de la glycérine au tannin ou au sulfate de cuivre. Nous avons eu recours dans quelques cas à la glycérine au perchlorure, mais les résultats ne nous ont pas paru aussi satisfaisants. Nous avons pu reconnaître les avantages du collyre au sulfate de cuivre chez un malade atteint d'un pannus des deux cornées et qui avait complétement perdu la vue sous l'influence de cette maladie. Après avoir détruit les granulations palpébrales volumineuses qui existaient chez ce malade, nous avons eu recours

au sulfate de cuivre en collyre et en crayon, et nous avons pu nous assurer que le collyre avait une action aussi énergique que le crayon, sans que son application fût aussi douloureuse. Dans l'ophthalmie purulente, nous réservons le rôle de la glycérine pour les injections ou douches oculaires.

Nous considérons, en effet, comme extrêmement important dans cette maladie, que des douches de cinq à dix minutes soient appliquées sur l'œil et les paupières entr'ouvertes, plusieurs fois dans la journée. Ces douches sont faites avec l'eau tiède en hiver, l'eau froide en été; on y ajoute 1/15 de chlorure de soude, ou bien encore 1/4 ou 1/3 de glycérine. Cette pratique a l'immense avantage d'entraîner le pus qui séjourne à la surface de l'œil et d'agir aussi sur l'état inflammatoire ; tous les jours, jusqu'à ce que la tuméfaction de la muqueuse oculaire palpébrale ait notablement diminué, nous scarifions cette muqueuse et ne craignons pas de laisser couler une assez grande quantité de sang, en maintenant les paupières renversées en dehors. En même temps, mais mieux peut-être au bout de quelques jours, nous cautérisons toute la face interne des paupières avec le crayon de nitrate d'argent ou le collyre de nitrate d'argent au 1/6. Une injection d'eau salée décompose immédiatement le nitrate d'argent et protége ainsi la cornée contre son action; nous ajoutons à la surface interne des paupières une couche de glycérine pure. C'est en suivant ce traitement, qu'il faut certainement modifier dans son application, suivant les cas, que nous avons eu la satisfaction de ne pas voir se perdre un seul œil chez une trentaine d'enfants atteints d'ophthalmie purulente.

Les granulations palpébrales se rencontrent fréquemment, et, quand elles existent, nous considérons que le malade est exposé à l'ophthalmie purulente, ou au moins à la kératite chronique. Il est important de faire disparaître ces granulations, quelles que soient leur origine, leur nature et leur importance étiologique, ce dont nous ne voulons rien dire ici. Quand les granulations sont anciennes, dures, volumineuses, il est indispensable de les scarifier ou même de les abraser, et d'achever leur destruction par les cautérisations répétées avec le crayon de nitrate d'argent. A un degré moins avancé, les scarifications sont encore utiles, et le crayon au sulfate de cuivre, ou mieux la glycérine additionnée de sulfate de cuivre, modifient très-promptement la surface granuleuse des paupières. Nous avons, pour le cas où il existe une tuméfaction chronique de la muqueuse palpébrale sans granulations ou avec des granulations peu développées, retiré de grands avantages des crayons au tannin. Nous faisons

fabriquer ces crayons avec le tannin, 4 parties, et la gomme adragante, 1 ou 2 parties. Ce mélange est roulé en cylindres de 5 millimètres de diamètre et séché à l'étuve. On obtient ainsi des crayons d'une consistance suffisante, dont nous nous servons pour toucher deux fois dans la journée la surface de la conjonctive tuméfiée ou granuleuse.

On peut encore prendre un petit morceau du crayon de tannin, l'introduire entre les paupières où il se fixe aussitôt, grâce à la gomme, et se dissout au contact des surfaces malades. Ces crayons, employés par M. Becquerel dans quelques affections utérines, ont été transportés par nous dans le domaine de la thérapeutique oculaire, et nous en avons retiré de grands avantages.

Telles sont les modifications que nous avons cru devoir apporter au pansement des ophthalmies superficielles, aiguës ou chroniques. On voit que les pommades à l'axonge et les collyres aqueux ne jouent pas un rôle très-important dans notre thérapeutique, et que nous faisons au contraire un usage extrêmement fréquent de la glycérine pure ou associée aux médicaments. Nous croyons que, jusqu'à présent, personne n'avait employé sur une aussi large échelle la glycérine dans le traitement des maladies des yeux, et nous avons pensé devoir signaler les excellents résultats que nous avons obtenus, sans toutefois juger utile d'entrer dans le détail des observations.

Les explications que nous venons de donner ne s'appliquent qu'à la médication topique, car nous ne nous bornons pas à cela, et nous tenons grand compte de la constitution que nous nous efforçons de modifier, s'il y a lieu, par un traitement général approprié.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur les différentes espèces de fer métallique employées en médecine.

Par M. Deschamps, pharmacien de la maison impériale de Charenton.

Parmi les agents thérapeutiques les plus estimés, les préparations ferrugineuses occupent certainement une des premières places. Seulement, les expérimentateurs ne sont point unanimement d'accord sur le choix qu'il faut faire lorsqu'on veut prescrire le fer à l'état métallique.

Les anciens praticiens n'avaient à leur disposition que de la limaille de fer plus ou moins fine. Leurs successeurs ajoutèrent le fer

porphyrisé, et nous, nous vîmes le fer réduit par l'hydrogène prendre rang parmi les agents thérapeutiques.

La limaille de fer n'est plus beaucoup prescrite; il n'y a, disent les savants, que les gens arriérés qui l'emploient. Le fer porphyrisé est plus souvent ordonné, mais ce sont les médecins qui ne suivent que de loin les progrès de la thérapeutique qui l'administrent à leurs malades. Les médecins travailleurs, les médecins érudits et les jeunes médecins ne prescrivent plus que le fer réduit par l'hydrogène. D'après eux, il est le seul digne de figurer dans les prescriptions médicales.

Cette divergence d'opinions sur un agent aussi facile à juger que le fer nous a paru singulière, et nous avons pensé qu'il y aurait peut-être de l'utilité à rechercher si quelques expériences chimiques ne pourraient pas faire connaître la valeur thérapeutique de ces fers; prouver que dans le choix des savants il y a peut-être un peu de prévention pour les choses anciennes; démontrer que le fer le plus estimé n'est pas celui qu'on pense, et que le bien-être qu'il procure aux malades n'est pas proportionnel à la dépense qu'il leur occasionne. A notre point de vue, en thérapeutique, les nombres proportionnels sont aussi utiles, aussi importants qu'en chimie. Malheureusement ils sont trop souvent, ou, pour mieux dire, ils sont toujours négligés.

Lorsqu'on prescrit de la limaille de fer ou du fer porphyrisé, tout le monde s'entend et les malades reçoivent partout des préparations identiques; mais il n'en est plus de même lorsqu'on ordonne du fer réduit par l'hydrogène : heureux le malade qui tombe bien, car tous les fers réduits n'ont pas les mêmes propriétés physiques et chimiques, et ne produisent pas, probablement, en un temps donné, les mêmes résultats cliniques.

On peut admettre en général qu'il y a au moins six espèces de fer métallique : la limaille, le fer porphyrisé et quatre fers réduits par l'hydrogène. Nous les désignerons, en tenant compte de la date de leur introduction dans la matière médicale, par les numéros 1, 2, 3, 4, 5 et 6. D'après cela, la limaille de fer porte le numéro 1, le fer porphyrisé le numéro 2, et les fers réduits les numéros 3, 4, 5 et 6.

La limaille de fer est blanche et brillante lorsqu'elle est bien conservée; son éclat métallique est très-grand et son prix de peu de valeur.

Le fer porphyrisé est gris, avec des points brillants à éclat métallique très-nombreux ; il coûte 5 francs le kilogramme.

Les fers réduits par l'hydrogène sont d'un gris ardoise plus ou moins foncé. Les numéros 3 et 6 sont semblables; il est difficile de distinguer des différences dans leur aspect. Le numéro 4 est un peu plus foncé et le numéro 5 est noir.

Quand on approche des fers réduits un corps en ignition, de l'amadou, une allumette enflammée, la flamme d'une lampe à alcool, ils prennent feu et brûlent sans flamme. Ils sont tous alcalins (¹) et ramènent au bleu le papier rouge de tournesol. Ils renferment encore de la chaux, etc. Lorsqu'on les chauffe dans de petits tubes de verre, ils laissent tous, ainsi que le fer porphyrisé, dégager de la vapeur d'eau. Leurs prix sont très-élevés, quand on les compare à ceux des deux premiers fers; ils varient de 25 à 40 et 50 francs le kilogramme; il y en a un qui est vendu à raison de 210 et même de 310 francs.

Tous les fers métalliques laissent dégager de l'hydrogène sulfuré lorsqu'on les traite par un acide, mais les fers réduits en produisent une quantité plus considérable. Nous avons eu cependant une variété du numéro 6 qui n'en laissait dégager qu'une proportion infinitésimale. Nous expliquerons plus loin la cause de cette différence.

Beaucoup d'expériences chimiques pouvaient être tentées pour faire ressortir les propriétés thérapeutiques des fers métalliques, et pour nous permettre de signaler aux praticiens celui de ces métaux qui doit rendre le plus de services à l'art de guérir; mais nous avons choisi la combinaison du fer avec l'iode, en tenant compte de la quantité de fer qu'il est nécessaire de mettre en contact avec un poids donné d'iode, pour transformer ce métalloïde en iodure ferreux, et la détermination du volume du gaz hydrogène qui peut être produit par un même poids de fer. Nous n'avons pas dosé l'hydrogène sulfuré que les fers laissent dégager en se dissolvant dans les acides, parce qu'il est très-facile de reconnaître des différences notables dans la proportion de ce gaz à l'aide de l'odorat, du papier d'acétate de plomb, et de la réaction que le gaz dégagé exerce sur la surface du mercure de la cloche dans laquelle on le reçoit.

De l'action de l'iode sur le fer.

Nous avons préparé une liqueur titrée avec de l'iode, de l'iodure de potassium et de l'eau, de manière que 40 centimètres cubes re-

(¹) Le fer réduit n'est pas alcalin par lui-même, il ne doit son alcalinité qu'à du carbonate qui a été employé pour décomposer le sel de fer, et qui reste mélangé avec l'oxyde.

présentassent 1 gramme d'iode, et nous avons agité dans des flacons bien bouchés, pendant trente minutes, 40 centimètres cubes de cette liqueur et 30 centigrammes de fer, proportion un peu plus grande que celle qui est indiquée par la théorie; nous avons obtenu les résultats suivants :

1. Limaille obtenue avec du fer de Vierzon préparé au bois. C'est le fer le plus pur que nous ayons pu nous procurer.

L'iode est transformé en iodure ferreux en moins de trente minutes.

La limaille ordinaire du commerce ne décolore pas entièrement la liqueur normale. Nous avons été obligé d'en ajouter 20 centigrammes en deux fois.

2. Fer porphyrisé, pas de décoloration complète. L'addition de 20 centigrammes et une agitation de vingt minutes ne suffisent pas encore; mais une nouvelle quantité de 10 centigrammes (60 centigrammes) termine la réaction en quelques minutes. Le flacon qui contenait l'iodure de fer fut abandonné. Après trente-six heures, le liquide fut décanté et remplacé par 10 centimètres cubes d'une liqueur contenant 1 gramme d'iode par 25 centimètres cubes, et la décoloration fut instantanée. La différence qui existe entre l'action de la limaille et celle du fer porphyrisé prouve que ce dernier, quoique brillant, contient cependant un peu d'oxyde qui s'oppose pendant un temps à l'action de l'iode; mais une fois que la résistance est détruite, que le fer est décapé, il retrouve son intensité d'action.

Le fer porphyrisé avec lequel nous avons opéré n'était point imprégné d'huile, car une partie fut lavée avec de l'éther, et l'éther ne laissa aucun résidu après son évaporation.

Si l'on recommence l'expérience en employant 50 centigrammes de fer en une fois, au lieu de 30, la transformation de l'iode en iodure n'est pas totalement opérée après trente minutes d'agitation : elle s'achève un peu plus tard. En général, le temps qui est nécessaire pour effectuer la combinaison de l'iode avec le fer est en raison inverse, toutes choses égales d'ailleurs, de la proportion du fer que l'on emploie en une fois.

3. Fer réduit. La décoloration est très-peu avancée, même après quarante minutes d'agitation. En ajoutant 30 centigrammes de fer et en agitant pendant vingt minutes, la combinaison a fait des progrès, mais elle n'est pas terminée. Seulement, si l'on introduit dans le flacon une nouvelle quantité de fer, 10 centigrammes, et qu'on agite, la décoloration est bientôt achevée. C'est donc 70 centigrammes d'un fer réduit très-estimé, qui ont été employés en plusieurs

fois pour produire le même effet que 30 centigrammes de limaille de fer. Lorsqu'on abandonne le flacon, le fer se dépose, se tasse, et le surlendemain on peut décanter très-facilement tout le liquide. Alors, si l'on verse dans le flacon une solution titrée contenant 1 gramme d'iode par 25 centimètres cubes, et qu'on agite vivement et avec force, la décoloration s'effectue en très-peu d'instants. On pourrait supposer, pour expliquer ces phénomènes, que les molécules du fer réduit par l'hydrogène acquièrent sous l'influence de la température qui est nécessaire pour le produire, et qui peut s'élever beaucoup à l'insu de l'opérateur, des propriétés qui les rendent passives; mais il nous paraît plus simple et plus rationnel d'admettre qu'il se forme à la surface de certaines molécules, tantôt une couche d'oxyde, tantôt une couche de sulfure qui s'opposent pendant un temps à l'action de quelques agents chimiques, car elles recouvrent, dès que ces composés sont modifiés par la première réaction, toutes leurs propriétés. Si l'on continue à ajouter de la solution iodée de manière à transformer tout le fer en iodure et à avoir un excès d'iode, et qu'on lave le résidu pour enlever tout l'iodure, on n'obtient plus d'hydrogène sulfuré quand on le traite par un acide. On pourrait croire que l'iode qui reste dans le dépôt, à l'état de sous-iodure, suffit pour décomposer l'hydrogène sulfuré, mais cela n'est pas; la proportion d'hydrogène sulfuré qui se dégage du fer réduit est bien plus considérable que celle qui peut être décomposée par l'iode qui reste à l'état de sous-iodure.

4. La décoloration est très-peu sensible. En ajoutant 30 centigrammes de fer et en agitant pendant vingt minutes, la transformation de l'iode en iodure ferreux n'est pas complète; 10 centigrammes ne suffisent même pas encore, mais avec 10 autres centigrammes, ce qui porte le poids du fer à 80 centigrammes, la réaction est promptement terminée. La différence qui existe entre ce fer et le précédent s'explique aisément; il a une couleur plus foncée et il contient plus d'oxyde.

5. Fer réduit noir, aucune réaction apparente. En ajoutant 1gr,50 de fer, on n'obtient pas la décoloration de la liqueur d'épreuve.

6. Ce fer réduit se comporte absolument comme le numéro 3.

(*La fin au prochain numéro.*)

Saponé d'iodure de potassium à la glycérine.

Les remarques que nous avons présentées à diverses reprises sur la préférence à donner aux saponés et aux stéarates pour l'emploi des substances médicamenteuses destinées à la méthode iatralip-

tique commence à porter leur fruit. Aux formules nombreuses de saponés que nous avons déjà enregistrées, nous pouvons en ajouter deux autres que public M. Thirault, sous le titre de POMMADES. Nous leur rendons leur véritable désignation de *saponé* et de *stéarate*.

Glycérine pure de 28 à 30 degrés..........	1,000 grammes.
Savon animal pulvérisé..................	50 grammes.
Iodure de potassium sec pulvérisé.........	150 grammes.

Faire dissoudre au bain-marie, verser ensuite dans un mortier de marbre légèrement échauffé et agiter vivement pendant un quart d'heure. On aromatise avec :

Essence d'amandes amères................	2 grammes.

Cette pommade, pouvant se conserver très-longtemps sans altération, peut être classée au nombre des médicaments officinaux. Le sel iodique y existant à l'état de solution parfaite, on doit admettre qu'il sera rapidement absorbé.

Stéarate de quinine et de soude à la glycérine.

Stéarate de quinine.......................	4 grammes.
Savon animal............................	4 grammes.
Glycérine pure de 28 à 30 degrés...........	32 grammes.

Faire fondre au bain-marie, verser ensuite dans un mortier de marbre échauffé et agiter vivement pendant quelques minutes. On aromatise avec :

Essence d'amandes amères ou autre.........	Q. S.

Cette pommade contient le dixième de sel de quinine.

Le stéarate de quinine, à la faveur du stéarate de soude, se dissolvant facilement dans la glycérine, se trouve dans les conditions nécessaires à une absorption facile.

Teinture de cévadille.

La cévadille entre dans bon nombre de formules destinées au traitement de la gale. Désireux de réduire ces formules à leur plus simple expression, M. Lafargue, pharmacien à Moissac, a eu l'idée de préparer une teinture de cette plante ainsi qu'il suit :

PR. Cévadille en poudre.....................	60 grammes.
Alcool à 21 degrés Cartier..............	500 grammes.

Laissez macérer pendant huit jours ; passez avec expression et filtrez.

Trois ou quatre lotions avec cette teinture suffisent, suivant M. Lafargue, pour faire disparaître la gale.

Sirop de santonine.

L'usage fréquent que la thérapeutique fait de la santonine dans la médecine des enfants, comme médicament vermifuge, a suggéré au même pharmacien l'idée de préparer un sirop.

Pr.	Santonine...........................	3gr,60
	Sirop simple..........................	500 grammes.

Faites dissoudre la santonine dans une petite quantité d'alcool, et ajoutez la solution au sirop bouillant. Chaque once de sirop contient 20 centigrammes de santonine.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des indications particulières et du traitement des différentes formes de la pleurésie avec épanchement [1].

Voici une observation qui, si elle ne prouve pas cette nouvelle assertion, confirme que le régime alimentaire, de concert avec des moyens éliminateurs généraux représentant le mouvement physiologique curateur indiqué, concourent avantageusement à la résorption des épanchements pleurétiques.

Huitième fait. — Mes confrères, MM. Giraud et Jouvens, m'adressèrent un malade de Gréoulx, qui vint lui-même me voir à Manosque, pour un essoufflement, me disait-il, qui ne faisait qu'augmenter depuis deux mois. Je constate un épanchement pleurétique très-prononcé, mais sans fièvre. La physionomie du malade était très-bonne, et il fallut l'ausculter pour croire qu'il fût porteur d'une affection si grave. Je prescrivis encore de grands vésicatoires, successivement appliqués sur tout le côté malade de la poitrine, une tisane fortement nitrée et des pilules purgatives de colchique, d'aloès et de scammonée, et, pour régime alimentaire, du lait et des soupes d'herbes seulement. Trois semaines ou un mois après, cet homme se fait de nouveau porter à Manosque sur une charrette, et je constate que la sonorité était revenue presque partout, excepté en bas et sur le côté, dans un espace de trois ou quatre travers de doigt; encore la matité restante était peu considérable. Malgré cette amélioration, et d'ailleurs le malade ne me paraissant pas affaibli, n'ayant jamais de fièvre, je conseillai purement et simplement de continuer le traitement : nouveaux vésicatoires sur les points mats, pilules purgatives encore et tisane nitrée; surtout même régime, au moins pendant un mois, pour ne reprendre ensuite que peu à peu son alimentation habituelle. Avec ces conditions, je crus à la guérison de ce malade, et, à peu près à l'époque où j'attendais qu'il vînt me revoir pour que j'exami-

[1] Suite. —Voir la livraison précédente, p. 64.

nasse s'il était tout à fait guéri, je fus appelé dans le département du Var et obligé de passer en bateau sur le Verdon, dans la commune de Gréoulx, près l'établissement thermal. Quel ne fut pas mon étonnement et un mouvement simultané de plaisir de trouver mon malade pour batelier! Mais aussitôt la crainte d'une imprudence me vint à l'esprit, d'autant plus qu'il faisait un mistral affreux, et que ce pauvre homme paraissait souffrir du froid, malgré une houppelande dont il se maintenait enveloppé. « Vous êtes donc fort bien, lui dis-je, puisque vous voilà à pareille fonction et avec pareil temps? — Ma foi, répondit-il, j'étais fort bien il y a deux semaines, et, comme je m'ennuyais, je viens remplacer ici mon fils depuis plusieurs jours, mais je me suis aperçu que je ne suis pas aussi bien; d'ailleurs, vous verrez, à votre retour, ajouta-t-il, et vous jugerez. » A mon retour, en effet, nous entrâmes dans une masure en ruine qui lui servait de guérite, masure ouverte à tous les vents et où il restait sans feu. Je le fis déshabiller dans un angle de cette ruine pour le préserver un peu du mistral, et je constatai que l'épanchement était revenu, qu'il était remonté jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Je lui demandai alors s'il y avait longtemps qu'il avait discontinué ses remèdes et son régime. Il me dit qu'il y avait plus de quinze jours peut-être que, se sentant plus faible, il avait pris de la nourriture et quitté ses remèdes. Que faire à cette recluse? reprendre les mêmes moyens, lui dire d'abandonner sur-le-champ ses fonctions de batelier, de se renfermer chez lui dans une douce température; mais tout cela ne fit plus rien, son épanchement devint énorme et la fièvre survint. On m'appela, et je le trouvai dans un état pitoyable : amaigrissement extrême, dyspnée considérable, matité jusqu'à la clavicule, et toute la poitrine de ce côté est comme voussée, proéminente; le malade ne peut se tenir qu'assis. Dans cet état extrême, nous convînmes, avec M. Jouvens, qu'il n'y avait que la thoracentèse qui nous laissât quelques chances de salut, et il fut pris jour pour pratiquer cette opération. Je la pratiquai, en effet, avec l'assistance de ce confrère, et, toutes les précautions prises selon MM. Trousseau et Reybard, nous retirâmes une quantité énorme de liquide (peut-être dix litres) noirâtre et trouble. Le soulagement fut considérable et instantané, la satisfaction du malade fort grande; mais, malgré ce résultat de l'opération, cet homme ne se rétablissait pas, et mon confrère, M. Jouvens, m'écrivit qu'il avait succombé vingt-cinq jours après, présentant une matité extrême sous la clavicule. C'était probablement le poumon collé au sommet de la poitrine! Etait-il dégénéré, comme semblerait l'indiquer la sérosité noirâtre que nous avions retirée?

Ce cas, quoique malheureux pour le résultat, ne prouve pas moins toujours l'importance de continuer fort longtemps le traitement, et atteste même déjà la puissance de notre médication altérante et purgative contre l'épanchement pleurétique, puisqu'il a fallu que le malade cessât brusquement ses remèdes et son régime, en commettant les plus graves imprudences, pour faire reparaître la ma-

ladie. Reste à savoir la part heureuse ou malheureuse peut-être qu'ont prise les vésicatoires dans cette absorption primitive du liquide épanché. Avant de citer des cas tout aussi graves, sinon plus graves, qui se sont parfaitement passés de vésicatoires, remarquez ici que c'est lorsque le malade a cessé le régime et les purgatifs, qu'il a été repris de l'épanchement ; car, lorsque je l'examinai dans la masure, il avait encore les rougeurs et les exfoliations des derniers vésicatoires, ce qui atteste au moins que l'action de ce moyen a continué plus longtemps que celle des autres, sans y suppléer.

Ce fait enfin atteste cette circonstance pratique bien importante, qu'on ne doit considérer un épanchement comme guéri que lorsque cet épanchement a disparu depuis longtemps. Mais comment savoir même que cet épanchement a disparu, puisque ce côté affecté de la poitrine conserve, même pendant toute la vie du sujet, une matité souvent très-prononcée, qui empêche d'entendre le murmure vésiculaire ? Le médecin ne peut donc se guider que sur la matité relative : de ce qu'elle était à ce qu'elle est ; car, chose notable, qui d'ailleurs a été remarquée, c'est que, tant que l'épanchement persiste, la sonorité des parties supérieures qu'il abandonne est relativement plus grande que lorsqu'il a tout à fait disparu. Est-ce un effet produit par le poumon, se dilatant d'autant plus qu'il est resserré dans un espace plus étroit, alors qu'il surnage sur le liquide, ou bien est-ce notre oreille qui, par le contraste d'un son à l'autre, nous ferait seulement mieux apercevoir de la différence? Je laisse à d'autres le soin d'expliquer ce phénomène que, pour la pratique, il suffit de constater; mais ce qui me prouve ou m'indique assez suffisamment que l'épanchement est dissipé, c'est lorsque je ne trouve plus du tout de ligne de démarcation entre la sonorité et la matité, et qu'avec une matité bien moindre, je la reconnais régulière et diminuant insensiblement d'intensité de la base au sommet. C'est là toute l'indication, car alors, si parfois on distingue l'expansion pulmonaire, on n'entend jamais le murmure vésiculaire et pas du tout la respiration bronchique. Si l'on entendait cette dernière, ce serait une preuve d'un reste d'épanchement étendu en couche légère entre le poumon et la plèvre costale, comme j'en ai observé des exemples ; mais alors la matité n'est ni aussi prononcée, ni aussi régulière. Par exemple, à cette époque de la résorption de l'épanchement et de la résolution de l'inflammation de la plèvre, on peut entendre le bruit de frottement des plèvres, bruit que l'on peut appeler aussi bruit de retour, et qui, comme

en ont prévenu MM. Monneret et Louis Fleury dans le *Compendium*, peut ressembler au souffle bronchique.

Quoique averti de ces phénomènes, quoique pouvant se guider sur les signes que je viens d'indiquer, on doit comprendre qu'il est encore fort difficile d'être bien assuré qu'il ne reste plus absolument d'épanchement. Or, dans ce doute, dans celui même où l'on est du temps qu'il faut laisser écouler afin que l'épanchement ne puisse plus se reproduire, il importe, je crois, de continuer, plutôt plus que moins, sinon le traitement diacritique que nous voulons instituer, au moins un régime alimentaire qui n'enraye pas le mouvement physiologique curateur. Voici des faits qui attesteront cette proposition.

Neuvième fait. — M. A. R***, âgé de vingt-cinq ans, habitant son château, distant de cinq lieues de Manosque, m'écrit, il y a une dizaine d'années, que depuis plusieurs jours il ressent une douleur sourde, vague même, sur les côtés et à l'épaule. Je ne puis supposer qu'une douleur rhumatismale, pour laquelle je conseille quelques frictions narcotiques, lorsque trois semaines ou un mois après on vient me chercher à la hâte, en me disant que M. R*** est au lit avec une forte fièvre et atteint d'une bronchite. Je me rends auprès de lui et je constate un épanchement jusque sous la clavicule. La fièvre était forte, la sueur abondante, la toux peu fatigante et sans douleur. Je prescrivis des saignées répétées et des sangsues dans l'intervalle. Cependant les sueurs étaient toujours fort abondantes. La crainte de refroidir le malade et d'arrêter la transpiration cutanée par les longues manœuvres des applications de sangsues nous fit renoncer à ce moyen, pour nous en tenir aux saignées. Celles-ci, toutefois, n'étant guère répétées que tous les jours, quoique abondantes, ne firent pas céder la fièvre. A peine je constatai un peu de diminution dans l'épanchement, puisque la région sous-claviculaire était devenue sonore; mais tout le reste de ce côté de la poitrine était d'une matité extrême. Je donnai le tartre stibié dans l'espoir de produire par des évacuations abondantes une sédation que n'amenaient pas les saignées seules; mais ce tartre stibié n'entraîna aucune selle et procura manifestement plus d'agitation et de malaise. Ce fut au point que je voulus passer la nuit au château, et que, vers le milieu de cette nuit, le malaise et l'agitation furent si grands, que le malade se crut perdu, réclama son confesseur, mit ordre à ses affaires et fit ses recommandations dernières. Le pouls, en effet, malgré la copieuse saignée pratiquée dans la journée, était d'une force, d'une plénitude que je n'avais encore observée ni chez lui, ni chez d'autres malades affectés de pareille maladie. Que faire? le tartre stibié ne faisait rien ou faisait du mal, les saignées copieuses ne calmaient pas le pouls!... Cependant l'inflammation générale était manifeste, puisqu'elle était extrême. Je me déterminai alors, puisque les saignées larges et abondantes n'amenaient qu'une sédation momentanée et une réaction

plus violente ensuite, à faire des demi-saignées, répétées trois ou quatre fois par jour, suivant l'état du pouls. Je renonçai définitivement au tartre stibié, qui n'avait pas plus agi en lavage qu'en potion; je fis administrer des lavements huileux pour amener quelques selles et calmer les coliques dont se plaignait le malade, et prescrivis une tisane fortement nitrée (10 grammes d'azotate de potasse pour 2 litres de liquide).

Sous l'influence de ce traitement, le pouls se calme; la fièvre, après trois ou quatre jours, cède manifestement, et avec elle l'épanchement diminue successivement, de sorte qu'après huit ou dix jours il n'y a plus qu'un peu de matité en bas et sur le côté, matité qui, ici comme dans presque tous les cas, décrit une courbe et dont la plus grande élévation est en haut et sur le côté directement au milieu, à la direction de l'aisselle. Alors, voyant que la fièvre avait cessé, je cédai aux instances renouvelées, depuis le commencement de la maladie, par le médecin ordinaire, d'appliquer un vésicatoire. Il en fut appliqué un fort large, couché en travers de la base de la poitrine, dans l'idée d'enlever ainsi ce reste d'épanchement. Mais la douleur fut très-vive, la fièvre reprit un peu, la plaie rouge, irritée, ne suppura pas, et l'épanchement fut manifestement augmenté, comme l'avait remarqué Laënnec. Seulement, je ne m'étais jamais arrêté à cette observation de l'immortel inventeur de l'auscultation, et fus si étonné du phénomène qu'à peine si j'osais y croire. Toujours est-il que le malade, instruit et intelligent, comprit aussitôt qu'il n'avait retiré de ce vésicatoire que plus d'excitation, et de si vives douleurs, qu'il demanda qu'on voulût bien adoucir et faire sécher sa plaie le plus tôt possible. Je me hâtai de condescendre à cette idée, qui commençait à s'accorder avec les miennes sur les effets des vésicatoires, et me bornai à laisser le malade à la diète, à continuer les boissons nitrées et à prescrire des purgatifs avec l'huile de ricin. Je choisis ce dernier, parce que le malade m'avait paru être réfractaire aux purgatifs salins. En effet, l'huile produisit des selles copieuses et abondantes, et, sous l'influence de ce traitement, la fièvre disparut de nouveau et la matité diminua progressivement.

Or, malgré la disparition de la fièvre, la matité peut être définitive alors, et la conséquence seulement de l'inflammation passée; dans le doute qu'il pût rester encore un peu de liquide, et pour être plus certain qu'il ne reviendrait plus, je conseillai au malade de se tenir pendant huit jours encore à sa tisane nitrée, et pour première nourriture à du petit-lait et à quelques bouillons d'agneau pendant huit à dix jours; après ce temps, je remplaçai le petit-lait par du lait coupé avec de l'eau d'orge, et, après cette quinzaine, je le laissai un mois tout entier à un régime lacté exclusif, c'est-à-dire au lait seulement, en aussi grande quantité qu'il le désirerait. Enfin j'ajoutai à ce régime successivement quelques soupes aux herbes, quelques fruits cuits. Pendant ce temps M. R*** ne pouvait quitter sa chambre; il se promenait seulement de son lit à son fauteuil, et ne revint à son régime ordinaire que deux mois après environ, et toujours lentement et progressivement. Avec ces précautions, l'é-

panchement ne se reproduisit plus, et M. R*** a joui depuis d'une excellente santé.

Dans cette observation, il y a plusieurs faits pratiques à remarquer : l'inutilité des saignées trop distancées, quoique abondantes ; l'efficacité des saignées plus rapprochées, quoique petites ; le mauvais effet du vésicatoire sur l'épanchement, et l'heureuse influence des purgatifs et des diurétiques, c'est-à-dire, en dernière analyse, des altérants venant en aide à la diète pour exciter l'absorption. Mais poursuivons pour bien nous assurer que tous ces effets thérapeutiques sont bien réels et nullement le produit d'une prédisposition individuelle.

Dixième fait.—Le fils Bremond de Corbière, âgé de dix-neuf ans, depuis un mois environ se plaignait de toux, de malaise, et d'un peu de gêne dans la respiration, ce qui ne l'empêcha pas de faire son carnaval, d'aller danser, etc., lorsque cependant l'appétit lui manqua, et la suffocation fut assez grande pour m'envoyer chercher. Je lui trouve un peu de fièvre, de la chaleur à la peau, et constate une matité très-prononcée de tout le côté droit de la poitrine ; pas d'égophonie, mais seulement du souffle tubaire bruyant entre l'omoplate et le rachis : ce qui m'annonçait un épanchement considérable. Je pratiquai une saignée, ordonnai une tisane délayante très-abondante et 10 centigrammes de tartre stibié dans une potion additionnée de 35 grammes d'oxymel scillitique ; le lendemain, 15 sangsues sur le côté, séjour constant et immobilité au lit pour favoriser la transpiration ; diète absolue.

Le surlendemain (je visitais ainsi le malade de deux jours l'un), je trouvai le pouls plus large, plus plein qu'avant la première saignée, phénomène que j'ai souvent constaté dans les maladies aiguës ; mais la sonorité était revenue sous la clavicule, le malade avait beaucoup plus de liberté dans la respiration ; j'entendis manifestement l'égophonie sur plusieurs points, preuve pour moi que la quantité du liquide avait diminué d'une certaine manière. Le malade avait vomi, surtout évacué par les voies inférieures ; la peau était humide et souple. Nouvelle saignée, nouvelle application de sangsues pour le lendemain ; enfin, même prescription qu'à ma première visite.

J'arrivai ainsi, un jour non l'autre, jusqu'à la quatrième saignée et quatre applications de sangsues. Alors la fièvre céda ; il n'y avait plus qu'un peu de fréquence, mais le pouls était souple, réduit, la peau moite, sans chaleur ; plus de toux. Le malade se couche indifféremment sur tous les côtés : cependant la matité existe encore en bas et partout sur le côté au niveau de l'aisselle ; plus de respiration tubaire à l'angle de l'omoplate, plus d'égophonie, mais respiration bronchique au niveau de l'aisselle. Enfin, plus tard encore, j'ai la conviction qu'il n'existe plus qu'un peu de liquide dans la gouttière costo-diaphragmatique, ne pouvant se traduire que par la matité, vu le peu d'épaisseur du poumon à cet endroit. Je fais cesser

la potion antimoniée qui, d'ailleurs, n'amène plus de selles : je prescris 10 grammes d'azotate de potasse dans deux litres de tisane émolliente, et trois frictions mercurielles par jour sur la base de la poitrine, chaque fois avec 8 grammes d'onguent napolitain, laissant toujours le malade à la diète absolue, me réservant pour une prochaine visite trois jours après. Ce jour-là, je ne trouve pas précisément d'élévation dans le pouls, mais aussi pas la diminution que je m'attendais à rencontrer, pas une moindre chaleur à la peau, et pas de changement dans la matité du côté, circonstances que je n'hésite pas à attribuer à un reste de phlogose qui demande encore une évacuation sanguine. Ne jugeant pas l'état du pouls assez fort pour réclamer une saignée générale, ne pouvant songer à faire mordre des sangsues sur les parois de la poitrine frictionnée d'onguent napolitain, j'appliquai des ventouses scarifiées, fis reprendre le lendemain les frictions mercurielles, et prescrivis toujours diète absolue.

Trois jours encore après, le dix-huitième jour de diète absolue, je trouvai le pouls du malade excellent, petit, réduit, souple, seulement un peu fréquent : la peau était fraîche et souple au toucher, le côté ne présentait plus qu'une matité graduelle de la base au sommet. On ne constatait plus de point particulièrement mat ; cependant le malade n'était pas venu à la selle depuis plusieurs jours, et la langue restait encroûtée ; je prescrivis tous les deux jours un purgatif avec une décoction de séné et d'huile de ricin, continuation de la tisane nitrée et trois ou quatre bouillons aux herbes ou à la courge, dans les vingt-quatre heures.

Enfin, dans mes visites successives, quoique plus éloignées, je constatai toujours la même persistance dans le bien; mais pendant une quinzaine encore je tins mon malade à l'usage de sa tisane nitrée, et du lait d'abord coupé avec de l'eau d'orge, puis pur, alternant ensuite toutes les deux heures avec une soupe d'herbes ou de courge sans pain. Après ce temps, je fis revenir le malade peu à peu, et à peu près dans l'espace de quinze autres jours, à son régime ordinaire, et il recouvra ainsi, en très-peu de temps, ses forces et sa santé, sans avoir éprouvé depuis la plus légère trace de malaise ou de gêne.

Onzième fait. — Peu de temps après, j'obtins les mêmes résultats avec les mêmes moyens sur Louis Bus, garçon de douze ans. Je le saignai trois fois, appliquai des sangsues, donnai le tartre stibié à petites doses, prescrivis des frictions mercurielles, puis des tisanes nitrées, insistant sur la diète et le régime alimentaire de la convalescence avec le même soin et la même méthode, de telle sorte que l'histoire de ce traitement ne serait que la reproduction du fait précédent. C'est pourquoi je me borne à cette mention, comme je passe sous silence plusieurs autres cas qui ont été tout aussi heureux, mais qui, par ce fait, ne seraient que des répétitions fastidieuses.

Voilà donc plusieurs épanchements pleurétiques résorbés le plus complétement et le plus sûrement possible sans vésicatoires. Mais

quelle observance dans le régime diététique jusqu'à disparition complète et bien définitive de la fièvre !... quelle surveillance pour tenir le malade couvert jusqu'au menton, afin de ne pas déranger et d'entretenir la transpiration !... Remarquez aussi quelle sûreté dans la guérison, quelle franchise dans la convalescence, quelle marche régulière vers la terminaison heureuse de la maladie !... La différence est frappante, et montre bien le rationalisme de ce traitement, lorsque l'on compare ces dernières observations avec celles des faits qui les ont précédées. Chez les premières, nous avons vu qu'un écart de régime et la négligence à entretenir la transpiration ramènent toute la maladie et rendent alors inutiles les vésicatoires et même le régime diététique et les autres moyens. Reste à savoir cependant, dans la plupart de ces cas, si, avec ce régime, le retour aux évacuations sanguines n'aurait pas plutôt favorisé la résorption de l'épanchement que les vésicatoires et les divers altérants, ou enfin, disons le mot, si les vésicatoires eux-mêmes ne neutralisent pas l'effet de ces derniers et du régime lui-même...

Malheureusement, ici la pratique est entourée d'une foule de difficultés ; la longueur du mal, la faiblesse du malade, ses exigences, les craintes des parents, les opinions qui ont cours, parmi les praticiens comme dans le monde, sur les vésicatoires, font hésiter et même dévier souvent le praticien le plus expérimenté et le plus convaincu. L'observation malheureuse que l'on va lire est une preuve de l'effet fâcheux de ces influences sur moi-même, qui avais déjà tant de raisons pour être convaincu. Il est vrai de dire que c'est depuis surtout que ma conviction s'est définitivement arrêtée ; que jusque-là je n'osais encore trop accuser une pratique consacrée, ou du moins vulgaire, pour y substituer la mienne ; que c'est surtout depuis ce cas que je n'ai plus observé dans ma pratique particulière des faits de ce genre, parce qu'une fois bien persuadé de l'importance d'insister sur les antiphlogistiques directs et indirects, et sur la diète, j'ai plutôt cherché à aller au delà qu'à rester en deçà. Aussi suis-je obligé maintenant d'aller chercher dans la pratique de mes confrères les faits nécessaires pour éclairer les dernières propositions que nous soulevions, c'est-à-dire :

1° Le danger qu'il y a à substituer les vésicatoires aux saignées, partant à compter sur ceux-ci lorsqu'il existe encore de la fièvre et de l'inflammation ;

2° L'avantage que l'on peut encore retirer des évacuations sanguines, de la diète et du traitement diacritique que nous conseillons, dans les cas les plus graves et les plus anciens.

Douzième fait. — Je suis appelé en consultation, à cinq ou six lieues de Manosque, pour un enfant de dix-huit à vingt mois, appartenant à des parents un peu lymphatiques, mais robustes, à réactions organiques puissantes. Cet enfant, vif, ardent, extrêmement spirituel, paraît triste depuis plusieurs jours, il mange un peu moins, il a un peu de diarrhée, la langue est rouge. Le médecin ordinaire et moi croyons d'autant plus facilement à un peu d'inflammation gastro-intestinale que l'enfant abuse peut-être beaucoup d'un traitement tonique et animalisé que nous lui avions conseillé. Il mangeait depuis longtemps presque exclusivement du gibier.

Nous prescrivons, en conséquence, un régime adoucissant et un traitement approprié à l'état supposé des voies digestives, lorsque huit jours après, à notre seconde visite, la femme de chambre s'aperçoit qu'en couchant l'enfant sur le côté gauche, il se retourne toujours du côté droit. Cette remarque et un peu de toux plus prononcée portent notre attention sur la poitrine, et, avec la plus grande peine, nous parvenons à reconnaître un peu de matité à la base du côté droit. Il n'y eut pas moyen d'ausculter l'enfant, qui se tordait et criait de toute la force de ses poumons lorsque je l'approchais. Cependant, nul doute pour moi qu'il ne s'agît d'une pleurésie latente avec épanchement; car, si c'eût été une pneumonie, la réaction fébrile eût été plus violente, l'anxiété plus marquée, la respiration plus difficile, etc., et la fièvre n'était pas très-forte, elle n'existait même pas toujours le matin. L'idée d'un épanchement fit proposer par le médecin ordinaire, et par un second médecin consultant qui nous fut adjoint, un vésicatoire sur le côté, et les considérations précédentes, les symptômes inflammatoires peu violents, m'entraînèrent malheureusement aussi. Je dis m'entraînèrent, parce que malgré l'opinion de mes confrères, malgré la propension des parents pour le vésicatoire, je regrettais qu'on eût adopté ce moyen ; j'aurais, de préférence, appliqué des sangsues, si j'avais suivi ma propre inspiration. Enfin, je me rendis au sentiment général, en conseillant de joindre au vésicatoire une potion au kermès, ne considérant plus alors la rougeur de la langue que comme l'expression d'un état phlogistique général, que paraissait encore augmenter la transparence et la blancheur de la peau de l'enfant, état phlogistique d'ailleurs que devait atteindre la propriété altérante et purgative de la préparation antimoniée. Malheureusement, jamais cette potion ne provoqua des évacuations abondantes, ce qui devient une preuve de plus que la rougeur de la langue était plutôt l'expression d'un état général phlogistique que celle d'une inflammation gastro-intestinale.

Quoi qu'il en soit, il arriva ce qui arrive toujours, ce que Laënnec avait déjà observé, c'est que l'épanchement fut plus considérable après qu'avant le vésicatoire. Alors, l'enfant affaibli permettait notre approche et nous pûmes constater que le liquide épanché dépassait en haut l'angle inférieur de l'omoplate. Que faire alors ? La réaction fébrile n'était pas assez forte pour que j'osasse proposer des sangsues si mal accueillies d'abord, d'autant que le temps avait rendu la faiblesse de l'enfant plus grande encore, et puis il transpirait abondamment. Nous observions la diète... Peut-être qu'avec ces

moyens et conditions physiologiques réunis, des frictions mercurielles sur le côté, la résorption du liquide et la résolution de l'inflammation qui le produit s'effectueront?... En effet, nous eûmes pendant quelques jours cette espérance, parce que non-seulement la matité de tout le côté de la poitrine avait diminué, mais la sonorité avait reparu au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, et l'auscultation sur les points restés mats faisait entendre un murmure bronchique fin. Dès lors nous ne songeâmes plus aux sangsues et nous conseillâmes seulement une diète prolongée, avec du lait d'ânesse pour toute nourriture. Quinze jours se passèrent ainsi, sans augmentation de l'épanchement, mais aussi sans résolution bien marquée. Peut-être s'était-il joint un peu de bronchite, ou avions-nous affaire à un épanchement purulent qui était résorbé, car le petit malade rendait par la bouche et même par le nez des matières purulentes qui avaient une fort mauvaise odeur. Enfin, nous étions là, entre la crainte de voir cet enfant s'affaisser sous les efforts d'une lutte organique impossible et l'espérance de voir triompher sa force réactionnelle, lorsqu'un jour la fièvre augmente tout à coup, le cerveau se prend, et quelques heures suffisent pour enlever cet enfant si beau et si intelligent deux mois auparavant.

Aujourd'hui, je n'hésite pas à regarder comme une faute grave non-seulement d'avoir substitué le vésicatoire à une application de sangsues, mais de n'être pas revenu aux évacuations sanguines et de n'avoir pas insisté sur elles après ce vésicatoire. Les crachats purulents du petit malade, la longue persistance de la fièvre, la rougeur de la langue, même les derniers symptômes cérébraux et fébriles qu'il a éprouvés, prouvent que cet enfant a succombé à un état inflammatoire local et général. Les crachats purulents, les mucosités purulentes qu'il rendait par le nez, s'ils n'attestaient pas qu'ils étaient le produit d'une inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes, indiquaient toujours qu'ils étaient le résultat d'une inflammation et rappellent aussitôt les paroles figurées de Sydenham lorsqu'il disait : *Je tire à volonté, par les saignées, les crachats de mes pneumoniques.* En effet, en arrêtant l'inflammation, n'arrête-t-on pas ses conséquences et ses produits? J'aurais bien des faits pratiques pour étayer cette assertion.

Cette observation porte donc cet enseignement : que le vésicatoire n'a toujours qu'une fâcheuse action pendant la fièvre; que pour combattre cette fièvre et l'inflammation locale à laquelle elle est liée, la diète et les antiphlogistiques indirects, ou mieux les antiplastiques, ne suffisent pas et qu'il faut recourir aux évacuations sanguines; que sans elles, sans même y insister d'une manière soutenue, fréquente, rapprochée, comme le prouve surtout le neuvième fait, les réactions physiologiques ne sont pas suffisantes ordinairement pour lutter

contre cette inflammation *totius substantiæ* (qui pour moi n'est qu'un état exagéré de plasticité du sang) ; et l'organisme s'use alors en efforts inutiles et succombe à l'altération de l'organe primitivement affecté, ou à celui qui le devient consécutivement avant que le sang enflammé ait pu revenir à ses conditions normales.

Cet état général se traduit ici de toute manière et la rougeur de la langue en est un des symptômes les plus manifestes, car ce fait et bien d'autres étayent la manière de voir de M. le professeur Piorry que : dans la plupart des cas, cette rougeur n'est que l'expression de l'état inflammatoire général. « Dans soixante observations relatives à des lésions de l'estomac et des intestins, la langue n'était pas rouge ; sur cent hémo-pneumonites ou hypérhémies générales non compliquées de symptômes gastriques, la rougeur de la langue était vive et *la pâleur y succédait après les saignées.* » (Piorry, *Traité de diagnostic*, t. II, p. 12.) J'ajouterai que la couleur transparente de la peau chez certains individus favorise cette rougeur, qui quelquefois est habituelle.

Dr Dauvergne,
Médecin de l'hôpital de Manosque.

(*La fin au prochain numéro.*)

BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux observations de réunion de parties presque entièrement détachées du corps (un doigt et la moitié antérieure de la langue). — Il est des faits bons à mettre sous les yeux des médecins, ce sont ceux qui témoignent de la puissance curative et réparatrice de la nature, ce sont ceux qui sont propres à détourner les médecins de l'idée de sacrifier des parties qu'ils pourraient conserver. La science compte aujourd'hui un bon nombre de faits de portions de tissus ou d'organes, d'appendices presque complétement détachés du corps ou même détachés entièrement et qui, réappliqués en contact avec les parties centrales, ont repris racine et ont évité aux malades de cruelles mutilations. Voici deux nouveaux faits du même genre.

Obs. I. Le 3 mars dernier on apporte au Royal free Hospital un jeune homme de vingt ans, dont la moitié antérieure de la langue était presque entièrement coupée. Ce jeune homme avait sa langue hors de la bouche, lorsque le choc violent du brancard d'une voiture contre le menton, en rapprochant les arcades dentaires, avait produit cette mutilation. La moitié antérieure de la langue ne sem-

blait plus tenir qu'à quelques filaments; il semblait donc qu'il y avait peu d'espoir d'en obtenir la réunion au reste de l'organe. M. Gant ne crut pas moins qu'il était indispensable de la tenter. Après avoir arrêté l'hémorrhagie, ce qui ne fut pas sans quelque difficulté, il rétablit la continuité des parties au moyen de trois points de suture entrecoupée en haut et autant en bas. Comme on s'y attendait, il survint un peu d'inflammation et de gonflement. Toujours est-il cependant que lorsqu'on procéda à l'examen des parties, le 5 mars, la réunion avait eu lieu par première intention. Une cicatrice solide se forma les jours suivants ; mais la sensation était bien moins parfaite sur la partie latérale droite que sur la gauche de l'organe, parce que la séparation avait été bien plus complète à droite.

Obs. II. Un garçon de onze ans, occupé à sonner les cloches, eut le petit doigt pris entre une cloche et la muraille : ce doigt, presque entièrement détaché du corps, ne tenait plus à la première phalange que par un petit lambeau de tégument que le docteur Sosso, l'auteur de cette observation, eut un instant l'idée de couper. Réfléchissant cependant qu'il n'y avait aucun inconvénient à attendre et que peut-être il serait possible de lui conserver le doigt, ce médecin, après avoir trempé de la charpie dans une infusion tiède d'arnica, en enveloppa le doigt et maintint les parties en rapport à l'aide de deux petites attelles de carton, en même temps que, pour plus de sûreté, il lui donnait pour support le doigt annulaire. Les fomentations d'arnica furent continuées, pendant qu'on surveillait attentivement les choses au point de vue de la production de la gangrène. Fort heureusement il ne survint rien de pareil : les tissus déchirés se réunirent graduellement, les os fracturés se consolidèrent et le doigt fut conservé entier, avec la liberté de ses mouvements.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Abcès périnéphrétique *spontané sans lésion des reins. Guérison.* L'inflammation du tissu cellulo-adipeux qui entoure les reins, se manifestant en dehors de toute lésion antérieure de l'organe qu'il enveloppe, est une maladie assez rare pour qu'il ne soit pas sans intérêt d'en faire connaître un exemple recueilli dans le service de M. Foucher, à l'hôpital Necker.

Un homme de quarante et un ans entre à l'hôpital le 30 avril, ayant un abcès lombaire. Cet homme a commencé à sentir, il y a trois mois, sans cause connue, des douleurs sourdes et persistantes dans la région lombaire. Il remarqua en même temps qu'il urinait peu, quoi qu'il bût plus que d'usage. Après être restées longtemps stationnaires, les douleurs prirent un caractère d'intensité plus grave et furent bientôt suivies de coliques violentes et de frissons, qui le détermi-

nèrent à entrer à l'hôpital. Le visage est pâle, ridé, amaigri, annonçant de longues souffrances; membres inférieurs un peu œdématiés, pouls à 80; anorexie, soif vive, constipation. Les douleurs, très-vives encore, quoiqu'elles aient un peu perdu de leur intensité depuis l'invasion des frissons, consistent en un sentiment de pression et de pesanteur; elles s'exaspèrent par le moindre mouvement et la moindre pression. L'examen direct fait constater une voussure très-apparente dans le côté gauche des lombes, laquelle s'étend depuis les dernières côtes jusque vers la crête iliaque, et en avant elle dépasse de 5 à 6 centimètres le bord externe de la masse lombaire. Le tissu cellulaire est à ce niveau le siége d'un empâtement œdémateux très-manifeste, la peau est rouge. M. Foucher reconnut facilement une fluctuation encore profonde et indiqua, d'après les signes qui précèdent, comme le siége de la collection purulente, le tissu cellulo-adipeux périnéphrétique. Une incision verticale de 5 à 6 centimètres fut faite à 4 ou 5 centimètres de la colonne vertébrale; les tissus furent divisés couches par couches, et, après avoir pénétré profondément, on vit s'écouler près d'un litre d'un pus verdâtre, fétide, mal lié. L'indicateur porté dans la plaie fit reconnaître que le foyer s'avançait sous les fausses côtes, se prolongeait assez loin en avant du muscle sacro-lombaire, et semblait limité en avant par le rein, resté sain au milieu de la collection purulente sur laquelle il repose. On prescrivit l'application de cataplasmes émollients et des injections dans le foyer avec l'eau tiède. Une mèche fut introduite profondément dans la plaie. Pendant les quatre ou cinq jours qui suivirent, le pus continua à sortir en abondance et resta verdâtre et fétide; le malade cependant se trouvait très-soulagé. Le 7 mai, les deux bords de l'incision étaient très-rapprochés, le pus beaucoup moins abondant et plus séreux, les injections n'entraînaient plus que quelques grumeaux.

Les jours suivants, tout faisait espérer une guérison prochaine, lorsque, le 17, apparurent de nouveaux frissons, et l'on constata de nouveau un empâtement du tissu cellulaire souscutané, avec voussure évidente au-dessous des dernières côtes gauches. Le 20, M. Foucher ayant constaté de la fluctuation en ce point, pratiqua une nouvelle incision de 3 centimètres, qui donna issue à une grande quantité de pus verdâtre et fétide. Il put s'assurer alors que les deux ouvertures communiquaient entre elles au-devant du muscle carré des lombes. En quelques jours, ce nouvel abcès fut tari, grâce aux injections, et la plaie, régularisée par des applications réitérées de nitrate d'argent, ne tarda pas à se cicatriser. Le 5 juin, le malade guéri sortit de l'hôpital.

Tous les abcès périnéphrétiques n'offrent pas une terminaison aussi heureuse, et, bien qu'ils aient une tendance aussi marquée à proéminer vers la peau, on les a vus quelquefois fuser dans d'autres directions, s'infiltrer entre les muscles et amener au bout de quelque temps tous les accidents de la fièvre hectique. L'abcès peut aussi se faire jour dans le côlon, dans le péritoine, fuser au loin dans la fosse iliaque, dans la cavité du petit bassin, ou bien remonter vers le thorax et s'ouvrir dans les bronches, ainsi que M. Royer en rapporte un exemple. Il est donc utile de reconnaître de bonne heure cet abcès, afin de donner le plus tôt possible issue au pus, et nous pensons qu'il est nécessaire, comme l'a fait dans ce cas M. Foucher, d'ouvrir largement et de déterger à plusieurs reprises le foyer au moyen d'injections de liquides. On favorise ainsi l'adossement des parois, en même temps qu'on évite les vastes décollements. (*Moniteur des Sciences*, juillet 1860.)

Chanvre indien. *Son action hypnotique*. Les expériences physiologiques faites avec le chanvre indien n'ont guère porté jusqu'ici que sur un petit nombre de sujets, d'où les incertitudes qui règnent encore sur son mode d'action. M. le docteur Fronmuller professe à cet égard des opinions qui s'éloignent beaucoup de celles qui ont généralement cours dans la science; mais comme elles sont basées sur l'observation d'un grand nombre de faits (1,000 environ), elles méritent d'être connues, ne fût-ce que pour appeler sur ceux-ci le contrôle et provoquer de nouvelles expériences.

Parmi les moyens stupéfiants, dit M. Fronmuller, le chanvre est celui qui produit l'état de narcotisme le plus analogue au sommeil naturel, sans produire une excitation vasculaire considérable, ni effets consécutifs fâcheux, tels que des paralysies, enfin sans entraver sensiblement les diverses sécrétions. Son action n'est

cependant ni aussi sûre ni aussi énergique que celle de l'opium. On peut administrer avec avantage ce médicament dans toutes les affections inflammatoires aiguës et dans les différentes formes de typhus; il remplace surtout avec avantage l'opium dans les cas où l'action de ce narcotique est épuisée.

La meilleure préparation est l'extrait alcoolique façonné en pilules, avec addition de poudre des sommités. Pour obtenir un effet narcotique, il faut porter la dose à 40 centigrammes (en 8 pilules) au moins. L'action du chanvre indien sur la peau, les reins et les organes sexuels, sur laquelle on a tant écrit, est sans importance aucune, et peut être négligée toutes les fois qu'il s'agit de l'emploi thérapeutique de ce médicament. (*Prag. Vierteljahr* et *Arch. de méd.*, juin 1860.)

Coccyxdynie. *Opération. Guérison.* Une jeune femme de vingt-cinq ans, éprouvant depuis plus de quatre ans une douleur permanente dans la région coccygienne, alla consulter M. Bryant. Cette douleur avait été assez violente, pendant les deux derniers mois, pour rendre toute occupation impossible; quoique constante, elle s'aggravait beaucoup lorsque la malade se levait, et, dans la crainte de la provoquer, la malade se tenait debout. Dans le repos, la douleur était sourde et profonde, mais le moindre mouvement l'exaspérait. Cette femme se souvint que quelques années auparavant elle avait fait une chute sur le sacrum, et qu'elle avait quelque peu souffert sans plus s'en inquiéter. Enfin, les parties voisines du coccyx étaient épaissies et douloureuses; l'os lui-même, incliné à gauche, était dévié de la ligne médiane. On essaya vainement beaucoup de remèdes. M. Bryant prit le parti de diviser, suivant la méthode sous-cutanée, les attaches tendineuses qui se fixent au coccyx. L'écoulement sanguin qui s'ensuivit fut presque nul; la malade resta quelques jours au lit. Au bout d'une semaine, la petite plaie de l'opération fut guérie; toute douleur avait disparu, et quinze jours après la malade put se lever. Elle a repris depuis ses travaux, marche, se lève, s'asseoit sans ressentir la moindre douleur. (*Med. Tim.* et *Arch. de médecine*, juin 1860.)

Diphthérite cutanée, *suite de l'application d'un sinapisme; guérison par le perchlorure de fer.* Le fait suivant est doublement intéressant, et comme exemple de l'effet d'une application de farine de moutarde sur la peau, sous l'influence d'une épidémie de diphthérite, et comme exemple des bons effets, dans ce cas, de l'action interne et topique, tout à la fois, du perchlorure de fer.

Un homme de quarante-deux ans, d'une constitution très-forte, atteint depuis plusieurs années d'un catarrhe compliqué d'asthme, fut pris, au mois de novembre 1859, sous l'influence des premiers froids, d'une bronchite suraiguë. L'application de vésicatoires volants sur la poitrine et la potion kermétisée (0gr,30) produisirent une amélioration très-marquée du côté des poumons; un léger délire survenant pendant la nuit ayant inquiété la famille, M. le docteur Noir, qui soignait ce malade, crut devoir appliquer la moutarde aux mollets; le délire cessa en effet; mais soit que la peau ait été très-sensible, soit qu'on ait laissé la moutarde trop longtemps, elle produisit une vésication qui agita le malade toute la nuit. Le lendemain, M. Noir ouvrit les vésicules sans enlever l'épiderme; il en sortit une sérosité semblable à celle des vésicatoires. Le malade fut très-agité dans la journée: il éprouvait une forte cuisson aux mollets. M. Noir, examinant quelle pouvait être la cause de ce malaise, ne fut pas peu surpris de voir aux mollets, à la place des vésicules, deux énormes plaques diphthériques occupant 0,08 à peu près de surface, d'un blanc grisâtre, irrégulières, sèches, assez dures pour produire du son en frappant dessus avec une spatule, l'une et l'autre entourées d'une auréole érysipélateuse qui tendait à s'agrandir, plus douloureuse que les plaques elles-mêmes. (Il est bon de dire que dans le voisinage existaient alors quelques cas de diphthérite chez les enfants.) La rapidité avec laquelle s'étaient formées ces membranes engagea M. Noir à employer un traitement énergique; il cautérisa de suite avec la pierre infernale toute l'aréole pour empêcher le mal de s'étendre; pendant ce temps, il envoya chercher une potion au perchlorure de fer (20 gouttes) qu'il prescrivit par cuillerées toutes les heures: avec la dissolution Pravaz il lava les plaques et imprégna tout le cercle inflammatoire, en s'étendant un peu sur les parties saines. A sept heures du soir, la maladie n'avait pas progressé

et les douleurs s'étaient calmées (nouvelle lotion).

Le 22 novembre, l'état des parties étant le même, on continue le même pansement deux fois par jour.

Le 23, la plaque de la jambe droite bombe sur son milieu; une incision donne issue à du pus de bonne nature, mais en très-petite quantité. M. Noir dissèque le plus possible la fausse membrane très-adhérente au derme, qui est rouge rosée et paraît être en bon état.

A partir de ce moment, tous les jours une dissection lente, qui détachait aux deux jambes une partie des plaques, a mis à nu, au bout de douze jours, deux plaies de bonne nature, qui ont marché vers la cicatrisation sans accidents sérieux, mais après avoir tenu le malade pendant quatre-vingt jours dans sa chambre, sans pouvoir marcher. (*Gazette des hôpitaux*, juillet 1860.)

Dyspnée (*Bons effets des préparations de noix vomique dans certains cas de*). Les propriétés de la noix vomique étant données, son efficacité étant reconnue depuis Fouquier pour combattre plusieurs formes de paralysies, la théorie a conduit et devait conduire à mettre à l'épreuve l'action de ce médicament, de ses congénères ou de leurs dérivés, dans diverses affections où la contractilité organique paraît être ou abolie ou inférieure à son ton normal. C'est ainsi qu'on a vu essayer ces agents contre certaines dyspepsies, par exemple, contre la constipation, l'asthme, l'emphysème pulmonaire, etc.; et nos lecteurs se souviennent que nous les avons tenus au courant de ces essais, essais souvent suivis de résultats assez satisfaisants pour encourager les praticiens à marcher dans la même voie, non avec l'aveuglement d'un empirisme grossier, mais en prenant pour guide le flambeau de l'analogie, et en s'appuyant sur des données symptomatiques observées avec attention et discernement.

Un médecin irlandais distingué, M. Duncan, a publié récemment un fait où il a eu recours avec succès à l'extrait de noix vomique associé à l'ipécacuanha, pour combattre une dyspnée extrêmement intense liée à une bronchite chronique. Partant de ce fait, signalé et formulé par Stokes comme une loi en pathologie, que, quand une membrane muqueuse est enflammée, les fibres musculaires qui lui sont contiguës, après avoir d'abord éprouvé une augmentation d'innervation, finissent par rester paralysées d'une manière plus ou moins complète consécutivement à cet excès de stimulation, M. Duncan pensa que les tissus musculaires des bronches, les muscles de Reissessen, étaient paralysés, dans le cas soumis à son observation, par suite de leur contact avec la muqueuse bronchique chroniquement enflammée, et que c'était là la cause de la dyspnée excessive dont souffrait sa malade. Cette paralysie dont il voit le signe distinctif dans la prolongation plus ou moins marquée de l'expiration, il résolut de lui opposer la noix vomique, tous les autres médicaments employés contre l'état phlegmasique et catarrhal étant restés inefficaces. Voici le résumé de l'observation.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, mariée et mère de famille, qui, entrée à l'hôpital Adélaïde le 12 décembre dernier, avait contracté un an auparavant, sous l'influence d'un refroidissement, une bronchite intense dont elle n'avait pu se rétablir. Au moment de son admission dans le service de M. Duncan, cette femme, en proie à une orthopnée qui la privait de repos depuis plusieurs semaines, était pâle et amaigrie, et dans un état d'épuisement très-inquiétant. On constatait les signes physiques d'une bronchite chronique avec emphysème, forme bombée de la poitrine, sonorité exagérée, râles ronflants et sibilants dans toute l'étendue du thorax, etc. Il y avait une disproportion remarquable entre la durée de l'inspiration et celle de l'expiration, celle-ci étant plus longue que la première dans une proportion trois fois plus considérable. Après l'emploi inutile de divers moyens, entre autres de divers expectorants, M. Duncan, guidé par les vues exposées plus haut, prescrivit des pilules composées chacune d'extrait de noix vomique, 25 milligrammes, et poudre d'ipécacuanha, 5 centigrammes, trois par jour; au bout d'une semaine, la quantité de noix vomique fut doublée. Dès les premières doses, il se manifesta une amélioration frappante; la gêne de la respiration diminua sensiblement, à ce point que la malade put se livrer au repos dans la position horizontale; l'expectoration devint facile, l'appétit reparut, la constipation cessa. Au bout de peu de temps, les râles de bronchite avaient notablement perdu de leur intensité, et l'expi-

ration s'était rapprochée de son type ordinaire. La malade put quitter l'hôpital, dans un état singulièrement amélioré, le 6 janvier, quinze jours après le commencement du traitement par la noix vomique. (*Dublin Quarterly Journal*, mai 1860.)

Electro-puncture (*Récupération de la parole perdue depuis vingt-trois ans, par l'*). M. le docteur Camino rapporte l'observation d'une femme qui, par le moyen de l'électro-puncture, recouvra la parole qu'elle avait perdue depuis vingt-trois ans. Cette femme, âgée de quarante-sept ans, fut prise de la perte du sentiment et du mouvement, à la suite d'une violente frayeur. Revenue peu à peu à elle-même, elle reprit l'usage de ses jambes, mais ne recouvra pas celui des bras et de la tête, parties qui restèrent paralysées et agitées d'un tremblement pénible. Elle ne pouvait proférer aucune parole; elle balbutiait quelquefois, mais sans parvenir jamais à prononcer distinctement, même un monosyllabe. La langue paraissait atrophiée et demeurait immobile entre les dents. On introduisit une aiguille métallique dans le cou, en dirigeant sa pointe vers la branche occipitale du premier nerf cervical, et on la mit en rapport avec le fil du pôle zinc d'une pile de Volta; alors, en tenant la langue soulevée et suspendue avec une lame de zinc, on ferma le cercle en présentant à l'extrémité de cet organe le bouton d'un excitateur en contact avec le pôle cuivre de la pile. La malade montra, en se retirant vivement, qu'elle avait senti la secousse. Au bout de plusieurs secousses, elle pût répondre à quelques questions, bien qu'avec quelque difficulté, et elle parvint à porter la langue de côté et d'autre. Deux jours de repos employés à exercer l'organe augmentèrent sensiblement la faculté de prononcer et rendirent l'articulation des sons plus claire et plus nette. Bientôt, elle put parler comme auparavant. Après quelques séances encore, non-seulement la parole était revenue, mais aussi le mouvement dans les autres parties paralysées. (*Annales de l'électricité médicale*, juillet 1860.)

Hydropisie enkystée *de l'ovaire. Emploi de l'oignon blanc. Guérison.* C'est d'un moyen purement empirique qu'il s'agit ici, d'un moyen traditionnel et dont on ne saurait refuser d'examiner de près les effets, quelque bizarres et inexplicables qu'ils puissent paraître au premier abord.

Une dame A***, de cinquante ans, bien portante et régulièrement menstruée jusque-là, sentit, il y a deux ans, en faisant son lit, quelque chose craquer dans ses reins. Cette sensation fut accompagnée d'une douleur sourde et pesante dans le bassin. Depuis, le flux menstruel a perdu sa régularité; le sang est devenu pâle, il est survenu des flueurs blanches. En même temps, la malade a senti le flanc droit se développer, et cette intumescence a rapidement gagné la région abdominale antérieure. Consulté le 5 décembre 1859, après l'emploi infructueux de divers moyens, M. Vénot père constata une énorme distension des parois abdominales, dont la mensuration donna une circonférence de 1m,55. La malade, placée dans le décubitus dorsal, n'accusait qu'une douleur tolérable dans la région sacro-lombaire droite; pas de fièvre; l'utérus n'offrait rien de particulier. On prescrivit les hydragogues usuels (nitrate de potasse, pariétaire, sirop de pointes d'asperges, aloès, fumigations à l'eau bouillante d'écorces de sureau, etc.). Mais sous l'influence d'une maladie intercurrente, qui porta un ébranlement considérable dans l'organisme, la maladie primitive fit le mois d'après de rapides progrès. Une consultation eut lieu. Après avoir constaté l'existence d'une hydropisie enkystée de l'ovaire droit, les consultants furent d'avis de prescrire l'usage de l'iodure de potassium, des bains alcalins, des frictions mercurielles, des drastiques, et l'application de cautères sur les parois abdominales, et en dernier lieu des ponctions successives. Ce traitement (sauf les ponctions) fut suivi pendant quinze jours, mais sans nulle apparence d'améliorations. Se souvenant alors des observations publiées sur les propriétés hydragogues de l'oignon blanc, M. Vénot fit la prescription suivante :

1° Suppression de tout médicament pris jusqu'à ce jour;

2° Abstinence de tout aliment et de toute boisson ordinaire;

3° Prise d'une demi-verrée de suc d'oignon blanc et d'une tasse de lait sucré, matin et soir;

4° Dans la journée, deux autres tasses de lait pur (sans eau).

Ce traitement, suivi avec une grande ponctualité, ne tarda pas à manifester ses effets. Au bout d'une semaine déjà

le cours des urines s'était régulièrement rétabli; et, au bout d'un mois et demi, le ventre s'était complétement affaissé; l'appétit était revenu, la respiration et la circulation avaient repris leur régularité physiologique; la locomotion restait encore seule difficile. Il ne restait plus qu'à relever les forces et à raffermir la convalescence. Dans ce but, la malade a été envoyée à Biarritz. (*Journal de médecine de Bordeaux*, juillet 1860.)

Intoxications *alcooliques aiguës. Traitement.* La thérapeutique de l'alcoolisme s'est ressentie nécessairement, comme il arrive toujours, des interprétations physiologiques ou pathologiques que l'on a données à ce phénomène. On a généralement eu le tort de négliger, comme insignifiant, l'état maladif sous l'influence duquel le délire alcoolique s'est développé. M. le docteur Laycock, auteur d'une excellente monographie sur ce sujet, a eu le mérite de faire ressortir l'erreur à laquelle les médecins ont été entraînés à cet égard et de montrer que, hors le cas de maladie, il ne se produit pas de désordres cérébraux analogues à ceux du *delirium tremens*; que la privation des boissons alcooliques n'a jamais d'inconvénients chez les individus qui ne sont pas sous le coup d'une affection ou imminente ou actuelle. Le traitement approprié aux formes du *delirium tremens* chirurgical, auquel Dupuytren a attaché son nom, transféré dans le domaine de la médecine par une assimilation erronée, n'avait donc plus de raison d'être. Il était irrationnel de continuer l'usage des alcooliques pendant le décours de l'intoxication alcoolique, comme on l'avait conseillé, en se fondant sur la pratique des chirurgiens et des médecins appelés à soigner les maladies incidentes des ivrognes. Cette méthode déjà condamnée par Peddie, a reçu, des nouvelles recherches de M. Laycock, son dernier coup. Les mêmes considérations l'ont fait réagir contre l'abus que l'on fait dans ce cas de la médication opiacée.

Voici comment, à l'exemple de plusieurs médecins américains qui l'ont précédé dans cette voie, M. Laycock a modifié la thérapeutique de l'intoxication alcoolique, en substituant à la méthode usitée jusqu'ici la méthode expectante, et quels sont les résultats qu'il en a obtenus.

Sur 405 cas d'intoxication alcoolique traités à l'infirmerie royale d'Edimbourg, en 5 ans et un quart, 101 ou 25 pour 100 sont morts; sur 28 cas traités par le docteur Laycock, dans le cours d'une année, 1 seul s'est terminé par la mort, et encore le malade avait-il, antérieurement à son admission, été soigné par les préparations opiacées. A l'infirmerie de Glascow, sur 35 cas où on prescrit l'eau-de-vie et l'opium, on compte 17 décès; sur 80 cas traités par le docteur Peddie, il n'y a pas eu un seul cas de mort. A l'asile de Philadelphie, 128 cas de *delirium tremens* bien caractérisés se présentent dans l'espace de 2 ans, et 1 seul malade succombe. Or, le traitement consiste tout simplement dans l'emploi de quelques vomitifs, s'ils sont indiqués, de quelques laxatifs et d'un bon régime. (*Arch. génér. de médecine*, juin 1860.)

Iodure double *de fer et de quinine. Son emploi thérapeutique.* Dans la livraison du 30 novembre dernier, nous avons publié un travail de M. Bosia, interne des hôpitaux, sur l'iodure double de fer et de quinine dont on doit à M. Bouchardat et à M. Rébillon l'introduction dans la pratique. Aux observations de M. Bosia, qui démontrent l'efficacité de cette nouvelle préparation pour combattre la débilité qui suit habituellement les grandes opérations, nous ajouterons aujourd'hui de nouveaux faits qui confirment ce que l'on pouvait prévoir *a priori* de l'action de ce médicament dans un grand nombre d'affections médicales.

M. le docteur Violette a administré le proto-iodure double de fer et de quinine dans un certain nombre d'affections où les ferrugineux sont toujours conseillés, et il a pu en prolonger l'usage sans avoir eu à redouter les accidents si souvent produits par l'emploi de ces diverses préparations. Il n'a, dit-il, jamais observé ni pesanteurs d'estomac, ni éructations nidoreuses, ni ces gastralgies qui font repousser toute espèce de médicaments. Dans les maladies qui ont ébranlé la constitution, et toutes les affections de l'utérus sont de ce nombre, alors que l'affection locale a été parfaitement traitée, le proto-iodure de fer et de quinine lui a paru faire rapidement recouvrer les forces et renaître l'appétit. Il a constaté les mêmes résultats dans les convalescences de fièvres typhoïdes et de toutes les maladies qui entraînent à leur suite un appauvrissement considérable du sang. Le proto-iodure double de fer et de quinine

s'est montré, dans ce cas, un puissant auxiliaire de l'alimentation. C'est dans la chlorose, surtout, qu'il regarde ce médicament comme doué d'une grande efficacité. M. Becquerel lui ayant permis de l'administrer dans son service à de jeunes chlorotiques dont les symptômes dominants étaient : décoloration complète des muqueuses, teinte de la peau comparable à celle de la cire vierge, faiblesse excessive, perte totale de l'appétit, bruit de souffle intermittent et doux au premier temps du cœur et dans les carotides, absence totale de lésion dans tous les organes; on a pu constater avec quelle rapidité tous ces symptômes morbides se sont amendés. L'appétit est revenu très-vite, et avec lui les forces n'ont pas tardé à reparaître ; peu à peu une légère coloration rosée a remplacé la teinte blafarde des muqueuses, et la pâleur extrême de la face a disparu pour faire place à la teinte normale du visage. Les jeunes malades sont sorties guéries, bien qu'elles n'eussent pas là toutes les conditions hygiéniques si désirables pour combattre ces sortes d'affections. (*Gazette des Hôpitaux*, juillet 1860.)

Lavements iodés *dans l'hépatite*. Une femme mariée souffrait depuis plusieurs années de constipation, de douleurs dans l'hypocondre droit et d'un léger degré d'ictère. Ayant été exposée à une forte pluie, elle fut prise d'une hépatite aiguë qui ne céda pas à un traitement antiphlogistique. Des vomissements opiniâtres de bile et d'aliments non digérés constituaient les symptômes prédominants ; mais l'ictère et les douleurs au foie avaient en même temps augmenté; il y avait, en plus, une fièvre intense et du subdélirium. Comme l'estomac rejetait constamment tout et que d'autres praticiens avaient déjà obtenu de bons résultats de l'administration de l'iode dans les affections chroniques du foie, M. Innhauser, qui rapporte ce fait, prescrivit des lavements iodés (iodure de potassium, 50 centigrammes, et teinture d'iode, 5 gouttes), à donner toutes les quatre heures dans une légère décoction de lin, en ayant soin de faire suivre le second lavement iodé d'un lavement évacuant. Les vomissements cessèrent après le second lavement. A partir de ce moment, M. Innhauser fit faire aussi des frictions avec la teinture d'iode sur la région du foie. Après avoir employé ces moyens pendant vingt-quatre heures, on constata une amélioration évidente : le volume du foie avait notablement diminué et à peine sentait-on encore cet organe déborder les fausses côtes. La fièvre avait beaucoup diminué, et il y eut une selle qui amena un grand soulagement. Ces mêmes moyens ayant été continués à plus faible dose, tous les symptômes s'amoindrirent peu à peu, et la malade se rétablit complétement en peu de temps.

Malgré l'insuffisance des renseignements qui ne nous sont parvenus que par un résumé succint du fait et qui ne permettent pas de se faire une idée bien juste de la nature de l'affection à laquelle on a eu affaire, il n'en est pas moins évident que l'on se trouvait en présence d'un état morbide sérieux et que les résultats du traitement qui a été mis en usage méritent, par conséquent, d'être signalés à l'attention des praticiens. (*Journal de médecine de Bruxelles* et *Gazette hebdomadaire*, août 1860.)

VARIÉTÉS.

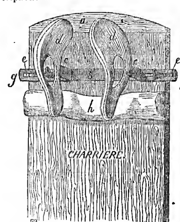
Remarques pratiques sur l'opération de la cataracte congéniale et sur le céphalostat, appareil servant à fixer la tête pendant les opérations qu'on pratique sur les enfants.

Par M. le docteur Sichel.

La cataracte congéniale et la cataracte chez les enfants en général sont plus fréquentes qu'on ne le pense. Pour les opérer, il faut fixer non-seulement le globe oculaire (ce que je ne fais que très-exceptionnellement chez les adultes), mais encore la tête et le corps. En négligeant ce soin, on s'expose à blesser l'iris et les membranes internes, ou à manquer complétement l'opération. Voici comment je procède dans ces cas :

On fixe d'abord les enfants sur une planche, dont la longueur et la largeur sont proportionnées à leur âge et à leur taille. Sur cette planche, on les assujettit à l'aide de bandes en toile très-fortes et larges d'environ 10 centimètres. On les enroule et on les emmaillotte dans ces bandes, qu'on fait passer sur la face antérieure du corps, depuis le haut de ta poitrine jusqu'aux jambes, au-dessous des mollets, et par-dessus ta face postérieure de la planche. On attache solidement les extrémités des bandes à l'aide d'épingles ou de liens. Cette manière de fixer tes petits malades a été employée en premier par Carron du Viltards, si je ne me trompe. La planche est placée sur une table ou un lit, sur un matelas; l'extrémité supérieure de la planche repose sur un ou plusieurs coussins.

Mais ce procédé ne fixe que le corps. La tête garde toute sa mobilité; elle est cependant la partie qui a le plus besoin d'être maintenue dans une complète immobilité, pendant toute la durée de l'opération. Il est incroyable combien les mouvements de la tête des enfants, même des plus jeunes, ont d'énergie et d'opiniâtreté; plusieurs aides ne suffisent pas toujours pour les neutraliser, et souvent, lorsqu'on la croit le mieux maintenue, la tête s'échappe dans des mouvements latéraux, au milieu de l'opératiun, ce qui peut donner lieu à des difficultés et à des accidents imprévus et dangereux. C'est là ce qui, après des essais multipliés, m'a fait arriver à adapter à l'extrémité supérieure de la planche l'appareil que j'appelle *céphalostat*, et dont voici la figure et la description.



Cet appareil, exécuté par M. Charrière, consiste en deux grandes pièces ou branches métalliques *d d*, semblables aux branches d'un forceps, légèrement convexes en dehors, concaves en dedans, recouvertes de peau et mollement rembourrées sur leur côté interne. Ces deux branches se terminent en bas par une tige plate *e e*, coudée à angle droit, et dont la portion horizontale est percée d'une longue fenêtrure *e e*, qui lui permet de glisser le long d'une bande de fer *g b g*, sur laquelle sont fixées deux petites pièces de fer portant les deux vis de pression *f f*. Ces vis servent à arrêter les branches *d d* dans tous les points de la longueur de la bande de fer fenêtrée. Ce sont ces branches qui reçoivent entre lour concavité la tête de l'enfant à opérer, et la fixent solidement, de manière qu'elle ne peut fuir en aucun sens ni se mouvoir sur leur bord antérieur. Ces branches ont une échancrure assez profonde pour ne pas venir en contact avec le manche de l'aiguille, dans le moment de l'opération où ce manche doit être abaissé vers la tempe, et pour ne point gêner dans aucun autre moment de l'opération.

Au-dessous de la base de ces deux branches ou oreilles est adapté transversalement sur la planche un morceau de bois carré, ayant à son milieu une échancrure ou concavité *h*, destinée à recevoir le cou de l'enfant. Au-dessus de cette espèce d'arête ou de pièce d'appui, entre *h* et *a*, on place une ou plusieurs ser-

viettes pliées, sur lesquelles la tête repose mollement, sans être trop portée en arrière ni imprimer au cou une courbure trop gênante.

Le corps de l'enfant étant solidement emmaillotté autour de la planche, et la tête fixée et immobilisée entre les branches ou oreilles du céphalostat, des aides assurent encore par précaution, avec les mains, les différentes parties du corps. Chez les enfants qui ont l'habitude de remuer la tête d'avant en arrière, un aide fixe la tête, en appliquant une main sur le front, qui est maintenu d'avant en arrière, et l'autre main sous le menton, qui est pressé d'arrière en avant. Un autre aide écarte les paupières à l'aide d'un élévateur et d'un abaisseur.

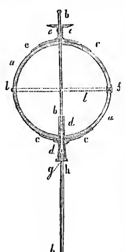
L'opérateur peut rester debout à côté du lit sur lequel l'appareil est placé, ou, si cela lui est plus commode, placer la planche sur un lit plus bas, sur lequel il s'assied. De la main qui ne manie pas l'aiguille, il fixe l'œil à opérer, en se servant d'une pince à dents de souris, ou, mieux encore, à griffes, pince dont il implante les mors dans la conjonctive et le fascia sous-conjonctival, tout près du côté interne de la cornée.

L'opération que je préfère pour les cataractes congéniales, et en général pour les cataractes jusqu'à l'âge de la puberté, c'est-à-dire chez les individus âgés de quatre mois jusqu'à seize ans, est le broiement par la sclérotique avec abaissement du noyau, pratiqué à l'aide d'une aiguille modérément à courbure et à largeur modérée, à tige très-étroite et exactement cylindrique. (Voir mon *Iconographie ophthalmologique*, pl. XII, fig. 1, 2). La réaction traumatique et inflammatoire étant généralement d'autant plus faible que les enfants sont plus jeunes, j'opère aussitôt que possible, même quand il n'y a qu'un œil d'affecté. J'ai souvent opéré avec succès des enfants de quatre à huit mois. La réaction est souvent presque nulle. Lorsqu'on craint qu'elle ne devienne trop forte, et dans certaines autres circonstances particulières, on peut pratiquer le broiement par la cornée; mais il faut alors qu'il n'existe pas de noyau ayant besoin d'être abaissé, ou que ce noyau ait un volume et une position qui permettent de le laisser en place pendant qu'on broie complétement la substance corticale, circonstances qui se présentent rarement, car on ne réussit que difficilement et dans un petit nombre de cas à lacérer suffisamment la capsule, et à broyer complétement la substance corticale, sans déplacer le noyau. L'extraction linéaire peut également être appliquée à l'opération de la cataracte chez les enfants; mais plus dangereuse, elle est en même temps rarement nécessaire, à cause de la rapidité avec laquelle la résorption s'opère presque toujours pendant le jeune âge.

Le temps et l'espace me défendent, quant à présent, d'entrer dans plus de détails. Je dirai seulement que, dans l'opération de la cataracte, je n'emploie jamais l'anesthésie, par la raison qu'à part son danger, je la regarde comme inutile et souvent nuisible.

Les sessions d'examen des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain, seront présidées : dans les académies de Paris, de Douai et de Caen, par MM. Denonvillers et Bussy; dans les académies de Rennes et de Poitiers, par MM. Jarjavay et Gaultier de Claubry; dans les académies de Strasbourg, Nancy, Lyon, par MM. Coze et Oppermann; dans les académies de Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Clermont, Alger, par MM. Courty et Planchon.

Réclamation de M. Lalagade. — Notre confrère d'Albi croit devoir rectifier quelques-uns des détails que nous avons donnés à propos de ses instruments. Le défaut d'espace nous force à publier seulement un extrait de sa lettre.



« 1° Je n'ai pas *abandonné* mon premier instrument en boule de caoutchouc, dit M. Lalagade, attendu que je m'en sers journellement dans mon cabinet, que j'ai même une prédilection pour lui : il remplit admirablement le but que je me suis proposé, l'aspiration et le refoulement des liquides dans les tubes d'une manière *toute mathématique*, et à *minimes* fractions de goutte, si c'est la volonté de l'opérateur, ou si les besoins de l'opération l'exigent.

« 2° Je l'ai modifié, il y a une dizaine d'années, non pour *adopter* la seringue de M. Pravaz que je ne connaissais *nullement*, si elle existait à cette époque, et qui ne peut, telle qu'elle est, même aujourd'hui, servir à mes petites opérations, mais je l'ai modifié afin de le *transporter* plus commodément, à cause de son *très-petit volume*, lors de mes vaccinations à la campagne.

« Mon deuxième instrument a été confectionné sous l'inspiration de mon premier iopompe. Il est basé sur le *même principe*, sur les *mêmes lois physiques* que l'instrument en boule de caoutchouc. Il vous sera facile de vous en convaincre par le dessin que je vous adresse.

« J'ajoute que, dans ses bien flatteuses appréciations, l'Académie impériale de médecine n'a fait aucun rapprochement entre mon iopompe et un instrument quelconque. »

La section de pathologie chirurgicale vient de présenter sa liste des candidats à la place vacante à l'Académie. Voici l'ordre de classement : en première ligne, M. Gosselin ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Broca et Richet ; en troisième ligne, M. Morel-Lavallée ; en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Follin et Giraldès.

M. le docteur Perrier (de Corbigny) vient d'être nommé inspecteur adjoint à l'établissement thermal de Bourbon-l'Archambault.

La femme Tarjus-Dupuis, de Lugny, *rebouteuse*, a été condamnée par le tribunal de police correctionnelle de Vervins à l'amende et à 25 francs de dommages-intérêts envers l'Association des arrondissements de Laon et de Vervins.

Dans le rapport à l'empereur, publié par le *Moniteur*, sur la situation des sociétés de secours mutuels et de prévoyance, nous remarquons le passage suivant : « Nous constaterons aussi le succès de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, dont notre rapport de l'an dernier avait annoncé la création. Sa première assemblée générale, qui a eu lieu en octobre dernier, a permis de constater la fondation de la Société centrale à Paris, et de trente sociétés locales créées dans les départements et agrégées à l'Association générale. Plusieurs autres associations étaient, à cette époque, en instance pour obtenir l'agrégation. Il y a lieu de se féliciter de voir la mutualité pénétrer parmi les classes libérales et faire sentir sa morale et sa précieuse influence aux hommes qui, par la place qu'ils occupent dans le monde, les services qu'ils rendent à l'humanité, sont appelés à donner l'exemple et à assurer le triomphe des causes auxquelles ils se dévouent. »

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la cure du petit-lait.

Par M. le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Il y aurait une curieuse étude à faire, ce serait de suivre dans le long cours des âges les vicissitudes nombreuses de certains moyens thérapeutiques, et de rechercher les circonstances qui ont pu les faire passer, tour à tour, de l'emploi le plus général à l'abandon le plus complet. Pour le petit-lait, par exemple, comment se fait-il qu'un moyen dont l'usage médicamenteux remonte à la plus haute antiquité, qu'un agent thérapeutique bien connu d'Hippocrate, de Galien, d'Aétius, etc., et qui a été recommandé, à une époque plus rapprochée de nous, par des hommes comme Baglivi, Frédéric Hoffmann, Lind, Hufeland, etc., qu'un médicament tour à tour employé comme adoucissant, émollient, sédatif même, dans les maladies aiguës, comme fondant, altérant, et aussi comme un aliment doux et très-peu substantiel dans un grand nombre d'affections chroniques, dans les phlegmasies des voies digestives, dans les engorgements des viscères abdominaux, dans l'hypocondrie et autres névroses, dans les maladies de poitrine, la phthisie pulmonaire elle-même ; comment se fait-il, disons-nous, que le petit-lait soit tombé de nos jours dans un tel discrédit, que nous ne le voyons plus prescrit par personne, et que nous ne nous rappelons même l'avoir vu prescrire que bien rarement par nos maîtres, pendant le long séjour que nous avons fait dans les hôpitaux ? Evidemment, il faut faire la part du cataclysme que la grande voix de Broussais a fait subir à la thérapeutique. Le petit-lait n'est pas le seul agent médicamenteux utile dont le grand réformateur a entraîné la disparition et la ruine ; mais il y a déjà longtemps que la matière médicale se reconstitue, et le petit-lait reste un de ces moyens du bon vieux temps, que les matrones et les commères prescrivent plus souvent que les médecins. A cela il y a un motif, une cause, c'est la transformation qui s'est opérée peu à peu dans les habitudes des malades, au point de vue pharmaceutique. Combien nous sommes loin de ce moment où un malade ne se croyait pas bien soigné s'il ne trouvait dans l'ordonnance du médecin une tisane, une potion et un lavement ! Aujourd'hui, moins que jamais, les malades veulent prendre des médicaments et surtout se soumettre à un traitement qui consiste à boire et à beaucoup boire.

Nous avons donc vu disparaître et les apozèmes et les sucs d'herbes, et le petit-lait, et tant d'autres préparations dont nos prédécesseurs retiraient certainement beaucoup d'avantages.

Eh bien! tandis que la médecine se transformait et faisait en quelque sorte peau neuve pour s'accommoder au goût des malades, il s'élevait à nos portes, dans un pays où la tradition s'est conservée encore dans toute sa puissance, en Suisse, dans le canton d'Appenzell et dans le Jura, des établissements dans lesquels les malades accouraient demander leur guérison à ce petit lait, dont ils n'auraient voulu faire usage à aucun prix dans leur propre pays. Sans doute, il y a dans cet entraînement une part à faire à la nouveauté et à l'illusion, comme aux agréments dont ces excursions peuvent être accompagnées. La spéculation, qui, de nos jours, s'applique à toute chose, a aidé elle-même beaucoup à cet engouement, et le côté industriel se manifeste certainement dans la nature même des maladies dans lesquelles on en a recommandé l'emploi; car on s'est adressé surtout aux phthisiques, c'est-à-dire aux malades qui pouvaient fournir la clientèle la plus nombreuse. Toujours est-il cependant que le nombre toujours croissant de ces établissements (il dépasse aujourd'hui trois cents), et le nombre plus considérable encore des malades qui s'y rendent, principalement de la Suisse et de l'Allemagne, ne sauraient plus faire traiter avec dédain une cure qui, non-seulement se recommande par des guérisons nombreuses, mais qui, sortant enfin du domaine des faits où elle avait été jusqu'ici circonscrite, a trouvé des médecins instruits pour l'élever jusqu'à la hauteur d'un traitement rationnel. C'est ce qu'a pensé avec raison un médecin français des plus distingués, que des circonstances particulières ont fixé en Allemagne, M. le docteur Carrière, si connu par ses remarquables travaux sur la climatologie de l'Italie, et la thérapeutique lui est redevable d'un travail dans lequel il a fait passer sous nos yeux à la fois les idées théoriques répandues à ce sujet en Allemagne, et les résultats curatifs qui paraissent définitivement acquis à ce traitement (¹). C'est à son travail et aux excellents traités de balnéothérapie de Lersch et de Helfft que nous allons demander les renseignements qui nous permettront de porter un jugement sur ce traitement.

La cure du petit-lait consiste surtout à faire prendre aux malades, pendant un temps variable de plusieurs semaines à plusieurs

---

(¹) *Les cures du petit-lait en Allemagne et en Suisse, dans le traitement des maladies chroniques*, par le docteur E. Carrière.

mois, une certaine quantité de petit-lait de vache, de brebis ou de chèvre. Afin d'avoir une mesure exacte de la quantité qu'on en consomme, on se sert, pour prendre le petit-lait, de verres semblables à ceux de Carlsbad, dont la contenance est d'à peu près 120 à 130 grammes de liquide. Au commencement de la cure, on ne va pas au delà de deux verres. Si rien ne s'y oppose, si aucun dérangement digestif ou intestinal trop intense ne vient se mettre à la traverse, on porte la dose journalière à quatre ou cinq verres. La première dose se prend à jeun : on laisse écouler un quart d'heure à se promener en plein air ou dans un lieu couvert, suivant le temps, avant de boire la seconde dose. Le petit-lait qu'on emploie est toujours fraîchement préparé et maintenu par un procédé très-simple dans un état de tiédeur; jamais on ne fait usage, pour obtenir le petit-lait, de moyens chimiques, et seulement de présure; car les partisans de la cure du petit-lait, et M. Helfft en particulier, soutiennent, ce qui nous semble au moins assez extraordinaire, que, tant sous le point de vue des acides organiques que des propriétés physico-chimiques, il n'y a aucune parité à établir entre le petit-lait de présure et le petit-lait des officines, le petit-lait de présure étant plus riche en sucre de lait et en caséum, et contenant seulement les sels qui existent dans le lait sans aucun mélange étranger. C'est en général du petit-lait de vache que l'on fait usage; mais le petit-lait de brebis a aussi ses partisans, et ici nous devons, avec les partisans de la cure du petit-lait, nous lancer dans les théories chimiques.

Le petit-lait n'est pas identique dans ces trois espèces d'animaux; le petit-lait le plus riche en sucre de lait est le lait d'ânesse et celui de brebis; le petit-lait le plus riche en sels est le lait de brebis, puis celui de vache. Or, aux yeux des médecins qui ont la prétention de rationaliser la cure du petit-lait, c'est certainement un moyen diététique que le petit-lait, et un moyen diététique très-précieux, puisque, privé d'azote, il doit exercer de favorables effets sur l'organisme, toutes les fois qu'il s'agira de combattre un état pathologique où la prédominance des éléments azotés sera constatée (Beneke); mais le petit-lait est quelque chose de plus, car il tient des sels en dissolution et, comme tel, il est l'analogue des eaux minérales; il est plus riche en sels que beaucoup d'entre elles (Lersch); le petit-lait l'emporte même, à cause de l'origine organique de ces sels, mieux préparés pour nos organes que les composés d'un ordre inférieur (Mojsisovicz). De là la préférence accordée au petit-lait de brebis sur le petit-lait de vache et le petit-lait de chèvre, le petit-lait

de brebis se recommandant plus particulièrement dans la phthisie pulmonaire.

On comprend que nous n'avons rien à dire sur ce dernier fait, s'il est bien établi, ce dont nous doutons fort; mais quant aux théories qui précèdent, nous regrettons que M. Carrière leur ait fait seulement l'honneur d'une discussion. Le petit-lait est certainement un aliment, bien que dans notre opinion les partisans de la cure du petit-lait fussent exposés en peu de temps à faire une triste figure, si on les mettait exclusivement à un pareil régime. Le petit-lait est certainement un moyen susceptible de changer la composition du corps humain ; car il détermine une diurèse abondante et provoque chez le plus grand nombre des malades un relâchement du ventre, pendant les premiers jours au moins; mais vouloir déduire de la petite quantité des matériaux azotés qu'il renferme son application à un groupe de maladies purement hypothétique, les maladies avec prédominance d'azote; vouloir, de la quantité et de la nature des sels qu'il renferme, établir des rapports du petit-lait avec les eaux minérales, et dresser là-dessus je ne sais quelle théorie chimique incompréhensible, voilà ce qui n'entrera jamais dans une cervelle française, et voilà des choses capables certainement de compromettre les meilleures causes.

Il est très-rare, en Suisse et en Allemagne, que le petit-lait soit employé à l'extérieur; il est cependant des établissements où l'on donne des bains, à Weissenstein, par exemple ; mais sur le chapitre de ces bains la France est en avant de l'Allemagne, et M. Niepce, médecin des eaux d'Allevard, nous a fait connaître les effets remarquables des bains de petit-lait sur le système circulatoire et sur le système nerveux, le ralentissement des battements du cœur qui, de 60 à 70 par minute et quelquefois davantage, tombent à 40 et même à 34 pulsations seulement, et cela sans influence aucune de température, dans un bain à 30 degrés, mieux encore que dans un bain à 24 degrés. On comprend quelles applications intéressantes les bains de petit-lait peuvent fournir aux affections névropathiques, les névralgies, l'hystérie, etc., et comment même on a pu songer à en étendre l'emploi non sans succès, dans certains cas, aux affections organiques des principaux appareils de la circulation, dans lesquelles il importe de modérer les impulsions cardiaques ou aortiques.

Le petit-lait employé à l'extérieur, et plus rarement sous forme de bains, est bien la base de la cure dite du petit-lait; mais pour en assurer les effets, on y associe généralement un régime alimentaire particulier. Ici nous trouvons encore la doctrine chimique : il s'agit

d'un excès d'azote qu'il ne faut pas augmenter; il faut donc se montrer avare de tous les aliments qui pourraient en fournir en trop grande quantité à l'économie, pour permettre aux forces affaiblies de transformer l'excès qui se trouve dans le sang. Comparées aux végétaux, les viandes présentent, comme on sait, le plus de principes plastiques ou azotés, et parmi celles-ci les viandes maigres; par suite, proscription absolue du *gibier* et du *veau*, une proscription qui surprendra un bien grand nombre d'entre nous, habitués à considérer la viande de veau comme un aliment d'une digestion facile et bien moins nutritive que celle du bœuf et du mouton; mais l'analyse chimique a parlé, et devant cet autel nouveau c'est à qui fléchira le genou. Par la même raison, il semble que c'est à une alimentation presque exclusivement végétale que les partisans de la cure du petit-lait auraient dû s'adresser; mais la digestibilité difficile de beaucoup de végétaux, et surtout le grand nombre de tempéraments délicats, de personnes à digestion capricieuse ou à estomac réfractaire, les ont obligés à donner une entorse à la théorie et à permettre aux malades une alimentation mixte, dans laquelle le mouton et la volaille occupent une large place. Et maintenant nous n'avons qu'à applaudir à leur prescription relativement à la quantité des aliments à ingérer. Pas de surcharge stomacale: que la quantité soit faible en comparaison de celle qui suffit à l'alimentation modérée d'un homme sain; pas d'abus surtout dans l'usage des entremets farineux et sucrés, voire même des aliments gras, non pas que nous puissions partager les craintes des partisans de la cure du petit-lait relativement à l'accumulation dans l'économie d'une trop grande quantité des matériaux dits respiratoires, mais parce que la digestion de ces aliments est généralement assez difficile.

Enfin, un exercice en rapport avec les forces des malades et avec la nature de leur affection est indispensable: tous ceux qui le peuvent doivent aller respirer l'air dès le matin; mais, comme le fait remarquer avec raison M. Carrière, toutes les maladies ne trouvent pas de bonnes influences dans la fraîcheur de cet air que n'a pas encore échauffé le soleil. Les phthisiques, par exemple, doivent fuir l'ombre et se promener dans des lieux assez découverts pour recevoir le soleil. Ceci nous mène, par conséquent, à jeter un coup d'œil sur les stations qui sont actuellement ouvertes aux malades pour la cure du petit-lait.

La constitution du malade, les conditions dans lesquelles se trouvent les organes pulmonaires, telles sont, comme l'a dit Helfft avec grande raison, les circonstances principales à considérer dans le

choix à faire d'une station de petit-lait. Pour les individus excitables, irritables, présentant une disposition aux affections inflammatoires des organes, sujets à des attaques fréquentes de bronchite et de pneumonie, il faut un lieu de cure bien abrité contre les vents froids, modérément chaud, un peu humide et varié d'aspect, pour inviter le malade au mouvement et lui faire désirer l'exercice. Pour ceux qui ne présentent pas les caractères de la floridité, dont la face est pâle, terreuse, comme livide, dont le système vasculaire est moins disposé aux irritations, le choix d'une station a moins d'importance; ce qu'il leur faut, c'est un climat sec, tonique, mais uniforme. Pourtant Helfft ajoute une réflexion qui tend à infirmer quelque peu cette classification des malades, lorsqu'il ajoute un peu plus loin que jamais il n'a vu de mauvais effets du climat des Alpes là où il n'y a pas de trop brusques variations de température et là où les malades prennent les précautions convenables. On comprend, en effet, avec lui l'influence heureuse que peut exercer sur le plus grand nombre des malades un air pur et vivifiant qui facilite la respiration, améliore la composition du sang, rend la digestion plus rapide et active la puissance musculaire. Oui, sans doute, il suffit d'avoir visité quelques-unes des stations de la Suisse et du Jura: Heiden, Weggis et surtout Gaïs et Weissenstein, pour comprendre comment, dans ces lieux enchanteurs, au milieu de cette nature riante et vigoureuse à la fois, dans cette atmosphère vivifiante et pure, les malades doivent se sentir transformés en quelque sorte et peuvent même se croire un instant guéris de leur affection. Rendons cette justice à ceux qui ont multiplié, bien certainement au delà du nécessaire, les stations de petit-lait, qu'ils ont fait choix presque constamment de localités admirablement situées, parmi lesquelles on peut ajouter à celles que nous venons de citer Méran, dans le Tyrol, Rehburg, Liebenstein, Berka, Schlangenbad, dans l'Allemagne du Nord, Badenweiler et Gleisweiler, dans le duché de Bade, Ischl et Achselmannstein, dans le Saltzbourg, Füred, en Hongrie, etc., etc. Mais, sous ce rapport, avec les belles montagnes qu'elle possède, après les belles acquisitions territoriales qu'elle a faites dans ces derniers temps, la France trouverait facilement des localités aussi belles pour y instituer des stations de petit-lait aussi parfaites que celles dont s'enorgueillissent à juste titre la Suisse et l'Allemagne.

Si nous croyons devoir faire justice des explications chimiques que les partisans de la cure du petit-lait ont mise en avant pour *rationaliser*, comme ils disent, ce traitement, il n'en est pas de même des applications pratiques; et nous ne demanderions pas

mieux que d'être convaincu; mais à qui la faute, si notre conviction hésite à se laisser entraîner? M. Carrière le reconnaît : « Les faits ne tiennent pas une grande place dans les monographies écrites sur la matière. On y trouve, avec des théories plus ou moins ingénieuses et plus ou moins probables, des explications, des développements qui supposent l'existence d'un assez grand nombre de faits... » Nous ajouterons que ces faits, on ne les voit jamais paraître. Examinons pourtant les assertions des partisans de la cure du petit-lait, et voyons si nous pouvons en déduire quelque chose de pratique et d'applicable.

Maladies de poitrine et du cœur, accidents abdominaux assez mal déterminés et rattachés à une prétendue pléthore abdominale, avec complication d'hémorrhoïdes, affections rhumatismales ou rhumatico-goutteuses, accidents névropathiques variés et particulièrement l'hypocondrie et l'hystérie, tels sont les cas principaux dans lesquels la cure du petit-lait est le plus vantée, et compte, dit-on, le plus de succès.

Il ne nous répugne pas d'admettre que des névroses peuvent être avantageusement modifiées par la cure du petit-lait, dans quelques-unes des stations remarquables par leur admirable situation, surtout si l'on ajoute à l'administration par la bouche l'emploi des bains de petit-lait; mais en ce qui touche les affections hyposthéniques, chez les femmes et les enfants, convalescences de maladies graves, épuisement de diverse nature, nous ne pourrions, avec M. Carrière, en faire honneur au petit-lait. Il nous semble, au contraire, que, dans ces dernières circonstances, tout est dans les conditions hygiéniques nouvelles et si parfaites où les malades se trouvent placés.

La cure du petit-lait ne nous semble avoir non plus rien à réclamer de particulier dans le traitement des affections rhumatismales. Les termes mêmes dans lesquels s'exprime M. Helfft me paraissent juger la question : « Dans tous les cas, dit-il, où la diathèse rhumatismale se manifeste, tantôt par des douleurs vagues, erratiques, tantôt par des douleurs fixes, par une décoloration de la peau et tous les phénomènes de l'anémie, ce qui a lieu principalement chez les femmes, dans les cas d'amaigrissement, de constitution délicate, lorsqu'il existe des troubles de la digestion, de la perte d'appétit, ou en particulier du pyrosis, des acidités, des renvois, de la constipation, certaines idiosyncrasies particulières, des hyperhémies du foie et de la rate, des urines très-acides, laissant déposer des sédiments d'acide urique, la cure du petit-lait est un moyen des plus remarquables pour éteindre la dyscrasie, pour faire

résorber les exsudats déjà déposés sur l'endocarde et sur les valvules, par exemple. Envoyez-les dans quelque station dont le climat est doux, à l'abri de brusques vicissitudes atmosphériques et où l'air pur des montagnes peut soutenir l'action du petit-lait. » On le voit, il ne s'agit pas de cas ordinaires, mais de cas compliqués de troubles digestifs, d'anémie, etc., non d'accidents rhumatiques prédominants. M. Helfft ajoute même un peu plus loin : « Dans les cas de douleurs vives, avec grande irritabilité du système nerveux, ajoutez à la cure du petit-lait les eaux de Bertrick ou de Landeck. »

Il est vraiment fâcheux que les accidents abdominaux décrits sous le nom de *pléthore abdominale* par M. Benecke laissent une trop grande place à l'incertitude, en ce qui concerne ce que nous sommes convenus d'appeler le diagnostic médical. A quelle affection déterminée appliquer, par exemple, les phénomènes pathologiques suivants, énumérés par M. Benecke : gêne marquée dans la région des fausses côtes, affaissement, défaut d'énergie, difficulté de travail, digestions difficiles, flux hémorrhoïdal, gêne plus ou moins douloureuse dans l'excrétion urinaire, suspension chronique des fonctions de la peau, permanence du froid aux extrémités ? M. Helfft est un peu plus explicite lorsqu'il signale le catarrhe chronique de l'estomac comme l'affection principale que la cure du petit-lait peut modifier avantageusement ; mais sous d'autres rapports, ses indications laissent beaucoup à désirer. Nous n'en croyons pas moins, avec M. Carrière, que la tendance des effets du petit-lait à se localiser vers les fonctions digestives et en particulier le rétablissement des sécrétions intestinales, la substitution d'un aliment d'une digestion facile à des aliments moins faciles à digérer, rendent ce traitement digne d'attention dans une foule de ces maladies connues sous le nom de *dyspepsies*. Il nous paraît encore que la facilité avec laquelle le petit-lait augmente la sécrétion urinaire peut le rendre précieux dans quelques affections des voies urinaires, telles que les diverses espèces de gravelle, et peut-être aussi dans le catarrhe chronique de la vessie.

Que penser maintenant des applications de la cure du petit-lait au traitement des maladies du cœur ? Mais il suffit de jeter un coup d'œil sur ce qui a été écrit à cet égard par Helfft pour saisir les limites étroites de cette application. « Dans les maladies du cœur, dit-il, avec bronchite chronique, blennorrhée périodique des muqueuses bronchique et intestinale, chez les individus qui souffrent de la toux avec expectoration abondante, accès d'asthme et souffrances dyspeptiques, la cure du petit-lait, dans un air pur et forti-

fiant, peut rendre des services; elle convient surtout aux individus d'une constitution délicate, dont la nutrition est affaiblie et le système nerveux très-irritable. » Que si nous ajoutons à ces indications celles que nous avons consignées plus haut relativement à l'emploi de cette médication chez quelques rhumatisants et à l'usage des bains de petit-lait comme sédatifs de la circulation, nous arrivons à conclure que la cure du petit-lait ne présente pas des avantages bien remarquables dans les affections du cœur.

Restent les maladies des organes respiratoires, regardées par les partisans de la cure du petit-lait comme le triomphe de cette médication. « Dans le catarrhe bronchique chronique, dit M. Helfft, principalement chez les individus faibles, avec éréthisme marqué du système nerveux, imperfection de la sanguification, la cure du petit-lait peut être utile, lorsqu'un autre traitement plus énergique par les eaux minérales alcalines se trouve contre-indiqué. » Nous ne demanderions pas mieux que de le croire, et il ne nous répugne nullement d'admettre qu'une affection catarrhale chronique des voies respiratoires, placée dans les conditions climatériques favorables où se trouvent ordinairement les stations de petit-lait, et soumise en outre à l'action nutritive et altérante de ce liquide, puisse être modifiée avantageusement. Pourtant nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que les partisans de la cure du petit-lait affaiblissent un peu notre confiance, quand nous les voyons employer rarement le petit-lait seul et l'associer à des eaux minérales : comment faire alors la part de ce qui revient à l'un ou à l'autre de ces modificateurs thérapeutiques ?...

Mais ce n'est pas seulement le catarrhe pulmonaire chronique que les partisans de la cure du petit-lait prétendent guérir avec cette médication, c'est aussi la phthisie pulmonaire, et c'est même dans cette maladie que sa puissance irait jusqu'au miracle (Mojsisovicz). Hélas ! il n'est pas de traitement qui nous ait habitués à des miracles, dans cette cruelle maladie dont les ravages sont aussi effrayants que sa marche est à peu près constamment mortelle. Il eût donc fallu apporter à l'appui d'assertions aussi extraordinaires autre chose que des affirmations, et nous ne pouvons que répéter ce que nous avons dit plus haut : les faits manquent complétement. Mais en admettant cette merveilleuse efficacité de la cure du petit-lait, à quelle forme de la maladie, à quelle période s'applique-t-elle ? Quels sont les changements, les modifications qu'elle détermine tant dans l'ensemble des symptômes généraux que dans les phénomènes locaux ? Sur tous ces points l'obscurité est à peu près complète, et,

il y a plus, c'est que les partisans de la cure du petit-lait ne paraissent guère d'accord, même sur les formes de la maladie les plus favorables à l'emploi de ce traitement. « L'espèce de phthisie à laquelle la cure du petit-lait convient le mieux, c'est celle qui coexiste avec le lymphatisme et la scrofulose, » dit M. Carrière. Eh bien! j'ouvre le Traité de balnéothérapie de M. Helfft, et je lis ce qui suit : « La cure du petit-lait convient à ceux de ces malades qui ne peuvent supporter la cure lactée, qui souffrent d'acidité et de constipation, ou chez lesquels les muqueuses se trouvent en mauvais état ou fournissent une sécrétion abondante; enfin, aux malades d'une constitution délicate, chez lesquels les tubercules se sont développés à l'époque de la puberté, par le fait d'affections dépressives de l'âme, et sous une influence héréditaire, chez les femmes principalement. *Les résultats sont moins brillants chez les sujets souffrant depuis leur jeunesse d'affections scrofuleuses.* » (P. 283.) Ainsi donc les partisans de la cure du petit-lait ne s'entendent pas entre eux : les uns nous la recommandant dans le cas de coexistence de lymphatisme ou de scrofulose, les autres ne nous promettant pas dans ces cas des résultats aussi brillants quo dans d'autres, très-probablement dans ceux dans lesquels les malades n'ont pas de tubercules pulmonaires. Mais, je le répète, ce qui est bien plus grave à mes yeux, c'est qu'il n'est nulle part fait mention ni de la période do la maladie à laquelle on doit employer le traitement, ni des résultats généraux ou locaux qu'il fournit. Il semble presque, je le dis à regret, mais c'est la vérité, que l'auscultation et la percussion n'existent pas pour les partisans de la cure du petit-lait, et que nous en soyons encore au temps de Galien ou d'Arétée.

En résumé, les partisans de la cure du petit-lait ont certainement beaucoup à faire pour démontrer scientifiquement, sinon la valeur, au moins les applications et les indications surtout de cette médication. Pour le moment, il existe en sa faveur une sorte de consensus tant des malades que des médecins, qui tend à en recommander l'emploi dans certaines affections des organes abdominaux, dans les affections catarrhales des voies respiratoires, et peut-être aussi dans les premières périodes de la phthisie pulmonaire. Mais, de ce consensus favorable à une démonstration rigoureuse, il y a loin; et comme il est peut-être assez difficile de faire dans tous ces cas la part de ce qui revient à la médication proprement dite et aux influences hygiéniques qui l'environnent, nous pensons que, jusqu'à plus ample informé, nos établissements d'eaux minérales feront bien de ne pas se lancer dans de trop grandes dépenses pour

fournir à leur clientèle un moyen thérapeutique, qui ne donnerait pas ce qu'on en attend et qui serait abandonné ultérieurement, comme cela a eu lieu déjà à Allevard, pour l'administration du petit-lait à l'intérieur. Ce jugement paraîtra peut être sévère à quelques personnes; mais qu'elles veuillent bien prendre connaissance des documents originaux, comme nous l'avons fait nous-même, et elles arriveront à la même conviction.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la résection de la portion médiane du maxillaire inférieur, sans incision de la peau.

(Procédé de M. le docteur Malgaigne.)

Par M. le docteur X. Delore, chirurgien-major désigné de la Charité, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.

Pratiquée par les chirurgiens de toutes les époques, la résection de la partie moyenne du maxillaire inférieur ne prit rang parmi les opérations méthodiques qu'en 1812. Dupuytren, qui eut le mérite d'en tracer les règles positives, commençait par une incision verticale sur la ligne médiane. Les autres procédés imaginés depuis ne sont qu'une variante du premier temps de cet habile opérateur. Ainsi, pour éviter la rétraction de la cicatrice, Gensoul plaçait l'incision verticale un peu de côté; Roux se contentait de faire une incision curviligne au niveau du bord inférieur de l'os. Jusque-là, les modifications étaient de peu d'importance, quand M. Malgaigne en introduisit une plus radicale : ce fut de supprimer complétement le premier temps de Dupuytren. Ce procédé fut accueilli avec peu de faveur, et des objections spécieuses furent dirigées contre lui : de là vint sans doute le petit nombre de cas où il fut mis en usage; car les seuls faits qui soient parvenus à ma connaissance sont ceux de MM. Malgaigne et Heyfelder.

Je viens de pratiquer cette opération et j'ai été frappé de la promptitude et de la beauté du résultat. Persuadé que ce succès est dû surtout aux préceptes formulés par le savant chirurgien de Paris, je m'empresse de publier cette observation. La plupart des détails ont été recueillis par M. Carré, interne du service.

Ostéosarcome de la portion médiane du maxillaire inférieur. —Résection par le procédé de M. Malgaigne.— Guérison rapide. — Application d'un dentier artificiel. — Marie G***, âgée de trente-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Paul, le 30 mars

1860. Depuis un an, cette femme est affectée d'une tumeur qui occupe la portion médiane du maxillaire inférieur. L'affection débuta par une double saillie en arrière des incisives moyennes. D'abord négligée, à cause de toute absence de douleur, elle éveilla ensuite l'attention de la malade par son accroissement incessant et par la gêne qu'elle apportait dans l'acte masticateur. Un médecin fort intelligent enleva trois incisives et combattit le progrès du mal à diverses reprises, soit par l'excision simple ou combinée avec la cautérisation par le nitrate d'argent, le fer rouge et la rugination. Cinq opérations furent rapidement suivies de cinq récidives. L'os fut rugine sur toute la surface apparente du mal.

Vaincu par la persistance du mal, le médecin adressa la malade à Lyon, où je constatai l'état suivant : le milieu du maxillaire inférieur est envahi par une tumeur qui s'étend de la seconde petite molaire d'un côté à la dent correspondante du côté opposé. En avant, elle se limite au sillon labial ; en arrière, elle occupe toute la hauteur du maxillaire; on peut même percevoir sa saillie en arrière du menton, au-dessous des apophyses géni. Elle envoie un prolongement, environ du volume d'une noisette, qui se dirige vers la racine de la langue. Sa forme est à peu près celle d'un prisme triangulaire, dont la base, dirigée en haut, englobe et dépasse les dents. Sa surface, irrégulièrement bosselée, est ulcérée dans certains points, et recouverte dans d'autres par la muqueuse gingivale amincie. La consistance est dure. Son volume total est difficile à apprécier, à cause de l'irrégularité de son développement. Elle repousse la lèvre inférieure en avant, mais c'est surtout du côté de la cavité buccale qu'elle fait le plus de saillie. Elle est fréquemment le siége de douleurs lancinantes. Les ulcérations saignent facilement et jettent une sanie fétide qui altère les digestions. La mastication est gênée par les prolongements qui s'interposent entre les dents. La prononciation ne s'exécute qu'avec difficulté, soit parce que la langue a des mouvements pénibles, soit à cause du volume de la tumeur.

Marie G***, qui a eu neuf enfants, jouit d'une santé assez bonne, malgré le développement de son mal. Cependant, épouvantée par sa ténacité, elle est décidée à accepter une opération.

Nous nous trouvions évidemment en présence d'un ostéosarcome, et les cinq récidives témoignaient éloquemment de sa malignité et de sa tendance à l'envahissement. Il était donc prudent de pratiquer l'ablation du maxillaire inférieur et de s'éloigner, dans certaines limites, du siége du mal.

Ayant plusieurs fois pratiqué sur le cadavre l'ingénieux procédé de M. Malgaigne et ne l'ayant guère trouvé plus difficile que le procédé ordinaire ; jugeant qu'il pouvait convenir dans le cas présent, je me décidai à l'appliquer à notre malade.

Opération. — Elle est pratiquée le 3 avril. La malade assujettie sur une chaise spéciale, la tête légèrement renversée sur la poitrine d'un aide, fut éthérisée jusqu'à résolution musculaire complète.

Premier temps. — En deux ou trois coups de bistouri, la lèvre inférieure et les téguments du menton furent détachés du maxillaire

et refoulés au-dessous de lui; l'écoulement de sang fut insignifiant.

Deuxième temps. — La seconde petite molaire du côté gauche et la première grosse molaire du côté droit étant arrachées, je contournai à leur niveau le maxillaire, de dehors en dedans et de bas en haut, avec l'aiguille imaginée par Gerdy, pour la cure radicale de la hernie. Cette aiguille, très-flexible, rasa exactement l'os et conduisit dans la cavité buccale un fil qui servit à passer deux scies à chaîne, une de chaque côté. Je fis alors la section de l'os, en protégeant soigneusement les parties molles, soit au moyen d'un gorgeret en bois, soit par les doigts des aides. Je mis en usage l'ingénieuse précaution de M. Desgranges, qui consiste à laisser la section inachevée du côté où l'on commence, afin de scier plus facilement du côté opposé, et j'eus lieu de m'en féliciter. Ce second temps ne présenta aucune difficulté sérieuse.

Troisième temps. — La langue, étant saisie avec une érigne de Museux, fut tirée en haut par un aide, tandis que je portais en bas le maxillaire détaché. J'en fis alors la dissection en arrière, en m'éloignant autant que possible des parties malades, bien loin de chercher à conserver le périoste, comme l'a recommandé depuis longtemps M. Maisonneuve, ce qui eût été facile, mais imprudent dans ce cas particulier. A mesure que j'incisais une artère, j'en pratiquais la ligature immédiatement et sans difficulté, grâce à la traction de la langue en haut et du maxillaire en bas, qui rendait la surface de dissection très-superficielle. Trois artères furent ainsi liées, probablement la sublinguale et la sous-mentale.

La portion moyenne de l'os étant extraite, l'opération était terminée. On voyait une cavité profonde, dont le plancher, correspondant au menton, n'était constitué que par la peau assez mince de la région sus-hyoïdienne. A la base de la langue, une dépression accentuée indiquait le point où la tumeur envoyait un prolongement. Immédiatement l'opérée put porter la pointe de sa langue entre ses lèvres et l'élever à la voûte palatine. Cet organe n'avait aucune tendance à se renverser en arrière; cependant je crus devoir le traverser avec un fil, sur lequel les personnes du service ou la malade elle-même devaient tirer, en cas de menace d'asphyxie.

Examen de la pièce anatomique. — La production morbide, disposée comme nous l'avons dit, est située entre l'os et le périoste; elle crie sous le scalpel; elle est blanche, peu vasculaire; à l'œil et au toucher, on y distingue de nombreuses concrétions calcaires qui dégagent de l'acide carbonique par l'acide acétique, qui les dissout incomplétement. Les muscles géniens, sains, du reste, sont entourés par le développement morbide. Au microscope, on reconnaît : 1° un grand nombre de médullocelles, variété cellulaire et nucléaire; 2° quelques éléments fibro-plastiques; 3° des granulations graisseuses; 4° de la matière amorphe.

La tumeur était donc un médulloma, affection qui récidive d'autant plus facilement, qu'elle a pour point de départ un élément normal de la moelle des os; elle mérite, au point de vue clinique, d'être rangée dans la classe des cancers. Mais l'altération ne s'était pas étendue profondément à tout le tissu osseux. La place occupée

par les trois incisives absentes était érodée, amincie, résorbée, fortement empreinte, en un mot, des traces du mal. Partout ailleurs, la masse morbide s'était épanchée entre le périoste et l'os, dont la surface rugueuse dénotait seule les points d'implantation, après que la rugination eut été pratiquée dans le but de conserver la pièce ; et alors, les traces étant légères, on pouvait, à un examen superficiel, ne pas saisir l'indication d'une opération aussi sérieuse que celle de l'ablation de la partie moyenne du maxillaire inférieur.

Une comparaison grossière permet de représenter la disposition du mal, du périoste et de l'os. Le mur d'un appartement est constitué par trois parties : le mur proprement dit, le plâtre dont on l'enduit et la tapisserie dont on recouvre le plâtre. L'os, c'est le mur, la masse morbide est le plâtre, et le périoste représente la tapisserie. Seulement, là où la comparaison estfautive, c'est que le plâtre ne s'insinue pas profondément dans le mur comme un médulloma dans le tissu spongieux d'un os.

Suites de l'opération. — Elles furent d'une remarquable simplicité. Le soir, la fièvre est nulle, la parole et la déglutition sont difficiles ; l'écoulement de sang a été peu abondant ; l'opérée a dû se gargariser fréquemment.

Le lendemain, elle avalait sans biberon ; la parole était devenue compréhensible, les crachats ne furent plus teints de sang, quoique abondants. Gonflement modéré.

Le 7, la malade mange une soupe de riz, et se lève. Le fil lingual est enlevé depuis deux jours.

Le 10, elle mange le quart, et mâche de la viande.

Les jours suivants, la malade ne présenta rien de particulier. Je ne pus jamais saisir la moindre odeur fétide, malgré l'étendue de la plaie et la profondeur du cul-de-sac mentonnier. Les portions restantes du maxillaire offraient une grande mobilité ; mais elles ne subirent aucun déplacement. Peu à peu le menton s'aplatit, la hauteur de la lèvre inférieure diminue, ce qui donne à l'opérée un air de caducité précoce ; des rides se forment même sous le menton, par suite de la rétraction cicatricielle ; le cul-de-sac mentonnier a perdu sa profondeur ; il est devenu épais, résistant, tellement que quelques personnes ont cru à une production ossiforme.

Pour ne rien omettre des phénomènes subséquents, je dois signaler deux petits abcès, du volume d'une noisette, qui se développèrent symétriquement, l'un à gauche, quinze jours après l'opération, l'autre à droite, un mois après, au niveau de l'angle inférieur de la section osseuse. Le premier s'ouvrit spontanément en dedans ; le second fut ouvert en dehors ; leur guérison fut rapide.

La cicatrisation de la plaie me parut complète pour les parties molles au bout de quinze jours, et au bout d'un mois pour l'os. Néanmoins, j'attendis les effets de la rétraction cicatricielle jusqu'au quarante-cinquième jour, et alors je priai M. le docteur Hellot, dentiste distingué de notre ville, de fabriquer un appareil pour maintenir les maxillaires écartés, faciliter la mastication et la parole. Notre généreux confrère, à qui j'adresse ici mes sincères remerciements, fit don à Marie G*** d'un dentier artificiel, formé de six dents

minérales, fixées dans le caoutchouc vulcanisé, avec ressorts et carcasse intérieurs en platine, pour rendre le tout solidaire. Ce système, d'après M. Hellot, est d'invention toute française, quoique certains dentistes américains le revendiquent pour eux. Il est dû à un dentiste de Metz, M. Ninck, et a été perfectionné par M. Winderling. Le caoutchouc se vulcanise dans une chaudière Papin, à la température de 160 degrés, qui doit être tenue constante pendant une heure et demie.

Grâce à cet appareil, qui se moule exactement sur les molaires qui restent, la mastication s'exécute avec une certaine énergie, et les fragments du maxillaire sont maintenus solidaires.

M. Rigal (de Gaillac) avait conseillé à M. Malgaigne de placer un corps dur entre les deux surfaces de l'os réséqué, pour les empêcher de se rapprocher. Ici, pendant la cicatrisation, cette précaution ne fut pas nécessaire; plus tard, l'appareil prothétique de M. Hellot s'opposa à tout déplacement ultérieur, et remplit parfaitement l'idée de M. Rigal.

J'examinerai maintenant : 1° quelle était chez notre malade l'indication de l'ablation du maxillaire inférieur; 2° à quoi tenait l'absence de rétrocession de la langue; 3° la valeur du procédé de M. Malgaigne; 4° je proposerai enfin l'application de ce procédé avec une modification légère, dans les cas où le mal a trop d'extension.

1° Fallait-il enlever la portion moyenne de l'os pour le médulloma ayant acquis le degré de développement indiqué plus haut? Ne valait-il pas mieux ruginer l'os?

Cette objection m'a été faite, et elle est trop sérieuse pour que je ne cherche pas à la réfuter par les raisons suivantes :

A. La rugination eût été impossible en arrière, dans la concavité du maxillaire; car la production morbide descendait jusqu'aux éminences géni, dont elle englobait les insertions musculaires.

B. Il eût été imprudent de pratiquer la rugination en dénudant l'os de toutes ses connexions avec les parties molles, en arrière dans toute sa hauteur, sur une étendue de six centimètres, en avant dans la même longueur et dans les trois quarts de sa hauteur.

De plus, en laissant le maxillaire intact, si l'on avait pu enlever le prolongement qui se dirigeait vers la base de la langue, on se serait exposé à une hémorrhagie peut-être incoercible.

C. Mais admettons la possibilité d'enlever le mal dans toute son étendue apparente, de n'avoir aucun accident immédiat, il eût été préférable encore, dans l'intérêt de la malade, de pratiquer la résection. Cinq opérations suivies de cinq récidives en moins d'un an étaient une preuve péremptoire de la ténacité et de la malignité de

l'affection. Le médulloma apparaît à la surface des os ; mais par ses racines, il s'infiltre et se diffuse dans les cavités spongieuses et médullaires. Et les principes soutenus éloquemment à l'Académie par M. Roux (de Toulon), dans les cas d'ostéo-myélite, possèdent bien une autre valeur lorsqu'il s'agit de ces affections redoutables, qui ont le triste privilége de récidiver, malgré les soins apportés à dépasser les limites de leur implantation.

2° Après l'opération, la langue ne parut avoir aucune tendance à se renverser dans le pharynx. J'attribue ce résultat à la persistance des fibres les plus externes du mylo-hyoïdien. Ces fibres, insérées aux extrémités de la ligne mylo-hyoïdienne, empêchent l'os hyoïde de basculer, et luttent avec avantage contre l'action du stylo-hyoïdien, du stylo-glosse, etc., qui tendent à porter la base de la langue en arrière. Le rôle de ces fibres était évident chez notre malade. Lorsqu'on lui disait de tirer la langue, quelques jours après l'opération, tous ses efforts aboutissaient à placer la pointe entre les lèvres. Or, ce mouvement ne pouvait s'exécuter qu'à une condition : c'est que les angles du maxillaire fussent portés en avant par l'action du ptérygoïdien externe; cette propulsion de l'os avait pour effet de tirer l'hyoïde dans le même sens.

A l'état normal, quand nous voulons tirer la langue autant que possible, par une contraction synergique involontaire, nous portons également le maxillaire inférieur en avant. Mais alors les muscles, dont ce mouvement a pour but d'éloigner les insertions, sont en outre le génio-hyoïdien et le génio-glosse;

3° *Valeur du procédé de M. Malgaigne.* — Si ce procédé n'avait d'autre avantage que d'éviter un léger supplément de difformité, peut-être le judicieux professeur de médecine opératoire n'eût pas songé à y attacher son nom. Mais d'autres considérations me permettent de lui attribuer une importance plus grande. Déjà, dans les deux faits semblables, parvenus à ma connaissance, la guérison a été obtenue promptement.

Quoiqu'on ne puisse considérer cette opération comme bénéficiant des avantages de la méthode sous-cutanée, néanmoins elle s'accomplit dans de très-bonnes conditions pour une cicatrisation rapide. Tous les chirurgiens savent avec quelle facilité se cicatrisent les blessures intra-buccales. Chez notre malade, il fut impossible de saisir la moindre trace de fétidité et même de suppuration de la plaie. Il est vrai qu'elle observa à la lettre la recommandation que nous lui avions faite de se gargariser fréquemment, moyen qui aurait eu des inconvénients si nous avions pratiqué une suture.

On a conseillé de faire une ouverture à la partie déclive du cul-de-sac mentonnier pour laisser écouler le pus et la salive : notre observation semble démontrer que l'expulsion de ces liquides peut se faire très-bien par la voie buccale. En pratiquant une incision verticale, on est exposé à l'érysipèle et à l'absence de réunion, accidents qui ont de graves inconvénients à la face et qui revendiquent une certaine part de la mortalité, suite de la résection du maxillaire inférieur.

Marie G***, après son opération, n'éprouva aucune réaction générale; le même soir je la trouvai levée à côté de son lit.

Une objection adressée au procédé de M. Malgaigne, c'est d'être difficile à exécuter. Aucun obstacle sérieux ne s'est cependant présenté à moi dans le cours de l'opération. Grâce à la laxité de la lèvre, le premier temps fut pratiqué fort vite. C'est encore cette laxité qui permit de protéger efficacement les parties molles contre l'action de la scie à chaînette. Sans l'emploi de l'aiguille cachée de Gerdy, j'aurais eu de la peine, je l'avoue, à passer les fils qui devaient conduire la chaîne, car je devais introduire celui de droite au niveau de la première grosse molaire; mais avec cette aiguille leur introduction fut un jeu.

La section osseuse avec la scie à chaîne fut facilitée par la précaution qui m'avait été suggérée par M. Desgranges.

La direction des parties molles se fit sous les yeux, à cause du renversement de l'os sectionné antérieurement; le soin de lier les artères dès qu'elles étaient ouvertes permit de distinguer plus aisément les parties malades des parties saines.

De tout ce qui précède je tirerai la conclusion suivante :

Dans les cas où le procédé de M. Malgaigne est applicable, il est d'une exécution sûre et facile.

Ma conclusion fait entrevoir déjà des contre-indications. Quand les téguments sont malades ou que les parties molles profondes sont largement envahies, on doit recourir au procédé de Dupuytren. La première condition de succès d'une opération semblable, c'est d'enlever tout le mal.

Au mois d'avril, je présentai mon opérée à la Société de médecine de Lyon. M. Diday m'apprit alors que M. Malgaigne n'avait pas eu le mérite de reséquer le premier le maxillaire inférieur sans incision de la peau. Voici, en effet, ce que j'ai trouvé dans la Gazette médicale de 1842 :

Nouvelle opération de chirurgie. — Extirpation sous-cutanée de la mâchoire inférieure, par M. Signoroni. — Il s'agissait d'un

ostéosarcome qui occupait toute la moitié droite du maxillaire inférieur. M. Signoroni enleva le mal en se servant d'instruments de son invention, analogues au costotome ordinaire et à la cisaille de Liston. Son procédé comprend trois temps : isolement, résection, extraction. On laisse intacts le facial, le canal de Sténon; et, de plus, on a les avantages de la méthode sous-cutanée.

Comme le savant rédacteur de la Gazette médicale, j'admets parfaitement que ce n'est point là une plaie sous-cutanée; mais il n'en est pas moins vrai que l'absence d'incisions de la peau prévient un certain nombre d'accidents.

Mais voici en quoi ce procédé est fautif : c'est qu'on agit à une très-grande profondeur; l'œil ne peut plus guider les instruments; on risque de ne point dépasser les limites de l'affection, de blesser la maxillaire interne, même la carotide externe, dont l'hémorrhagie serait peut-être redoutable.

Ainsi M. Signoroni et M. Malgaigne ont eu la même idée : celle d'enlever une portion du maxillaire inférieur sans lésion des téguments. M. Signoroni l'a appliquée à une portion latérale; M. Malgaigne à la partie médiane, ce qui est bien différent. L'application de M. Malgaigne me paraît excellente, celle de M. Signoroni est d'une valeur douteuse et d'un emploi exceptionnel.

4° *Modification du procédé de M. Malgaigne.* — Si l'altération osseuse dépassait de beaucoup la commissure labiale, j'hésiterais à agir comme M. Signoroni; je n'aurais point recours aux procédés de Lisfranc, de MM. Velpeau et Huguier, qui causent des délabrements trop considérables; je chercherais à me rapprocher autant que possible de l'opération de M. Malgaigne, et, pour cela, je me bornerais à prolonger la commissure des lèvres par une incision horizontale dépassant un peu les limites de l'affection; l'opération s'achèverait ensuite comme précédemment. Cette modification, qui devient inapplicable dès que l'angle du maxillaire doit être compris dans la résection, aurait l'avantage de causer le moins de désordres possible, et de ne point amener un surcroît de difficultés.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur les différentes espèces de fer métallique employées en médecine.

Par M. DESCHAMPS (d'Avallon), pharmacien de la maison impériale de Charenton ([1]).

Du gaz hydrogène obtenu avec un poids donné de fer.

Le gaz fut reçu sur le mercure, dans une cloche graduée, et son volume fut ramené par le calcul sous la pression et à la température normales.

1. Fer de Vierzon, 10 centigrammes ; gaz dégagé, 39c.c.,110 ou 391c.c.,10 par gramme. La surface du mercure est brillante.

2. Fer porphyrisé, 10 centigrammes ; gaz dégagé, 37c.c.,672 ou 376c.c.,72 par gramme. La surface du mercure est brillante.

3. Fer réduit, 10 centigrammes ; gaz dégagé, 34c.c.,622 ou 346c.c.,22 par gramme. La surface du mercure est altérée, brune, violacée.

Seconde expérience avec 11 centigrammes de fer d'un autre flacon ; gaz dégagé, 36c.c.,711 ou 333c.c.,736 par gramme. La surface du mercure est altérée, brune, violacée.

4. Fer réduit, 20 centigrammes ; gaz dégagé, 37c.c.,284 ou 186c.c.,420 par gramme. La surface du mercure est très-brune.

5. Fer réduit, 20 centigrammes ; gaz dégagé, 2c.c.,9029 ou 14c.c.,5145 par gramme. La surface du mercure est brillante.

6. Fer réduit, 10 centigrammes ; gaz dégagé, 34c.c.,0098 ou 340c.c.,09 par gramme. La surface du mercure est très-brune, violacée.

Seconde expérience. Fer réduit, 11 centigrammes ; gaz dégagé, 36c.c.,874 ou 335c.c.,218 par gramme. La surface du mercure est très-brune, violacée.

Troisième expérience. Fer réduit, 10 centigrammes ; gaz dégagé, 20c.c.,6504 ou 206c.c.,504 par gramme. La surface du mercure est brillante.

Ce dernier fer ne produit qu'une faible proportion de gaz, et cependant il a toutes les apparences d'un très-bon fer réduit ; il est d'un gris ardoise clair, il ne laisse dégager qu'une proportion infinitésimale d'hydrogène sulfuré ; il s'enflamme au contact des corps en ignition, mais il brûle moins bien que les fers réduits des numé-

---

([1]) Fin. —Voir la livraison précédente, p. 118.

ros 3, 4, 6, et ses molécules sont agglomérées en forme de petits grains qui renferment de l'oxyde rouge de fer.

Toutes les propriétés chimiques de cette variété du fer réduit n° 6 prouvent d'une manière évidente qu'il a été préparé, comme échantillon, avec plus de soin que les autres fers réduits; mais il a été mal conservé. La personne de qui nous le tenons a été trompée par son aspect, et ne nous l'a donné probablement que parce qu'elle savait qu'il avait été préparé avec beaucoup de précaution, et parce que nous n'avons pas caché que nous voulions étudier les fers réduits que l'on trouvait dans le commerce. Nous avons été très-étonné de voir qu'elle le prenait dans un paquet, et d'apprendre que le fer réduit, qui devrait être renfermé dans des flacons bien bouchés, et d'un assez petit volume, était ordinairement conservé dans des paquets.

D'après les résultats que nous venons d'exposer, il nous est permis de formuler les conclusions suivantes : elles ressortent évidemment des faits contenus dans ce travail.

De tous les fers métalliques, c'est la limaille du fer du Berry préparé au bois qui a les propriétés médicales les plus grandes. C'est elle qui doit être préférée par tous les thérapeutistes. Elle ne laisse dégager qu'une faible proportion d'hydrogène sulfuré; elle contracte facilement des combinaisons avec les agents chimiques, et son prix est très-inférieur à celui des autres fers. Malheureusement le mot *limaille* est trop connu, il résonne mal à l'oreille, et le public, mauvais juge en cette matière, aura peut-être plus de confiance dans le fer réduit par l'hydrogène que dans la limaille, à cette époque où l'euphonie joue un grand rôle dans la thérapeutique; mais espérons cependant, dans l'intérêt des malades, que la vérité sera bientôt connue.

Après la limaille du fer du Berry viennent se ranger par ordre de propriétés : la limaille commune, le fer porphyrisé, les fers réduits n°s 3 et 6, puis le numéro 4. Quant au fer n° 5, il doit être rejeté comme fer métallique; il pourrait remplacer l'oxyde noir de fer, qui contient toujours du fer métallique, lorsqu'il n'a pas été préparé par double décomposition.

On peut encore invoquer, pour corroborer ces conclusions, le pouvoir magnétique de ces métaux, ou l'action qu'ils exercent sur l'aiguille aimantée, en tenant compte de la distance à laquelle il faut placer le fer pour que l'aiguille commence à être déviée du plan du méridien magnétique, et de celle où l'aiguille est positivement attirée, car les différences que l'on trouve entre chaque fer restent con-

stamment les mêmes. La méthode des oscillations ne nous a donné aucun résultat appréciable ; nous avions, cependant, eu le soin de placer un même poids de fer dans des petites boîtes de carton, de le maintenir dans la position horizontale à l'aide de deux disques de papier et d'un peu de coton, et d'opérer avec une aiguille de 21 centimètres de longueur, suspendue à l'aide d'un fil de soie sans torsion, dans une cage de verre disposée à la manière de la balance de Coulomb. La balance de Coulomb aurait peut-être donné un meilleur résultat; nous ne l'avons pas employée, parce que nous avons pensé que le sujet de ce travail n'était pas assez important, et parce que la différence qui existe entre les volumes que ces fers occupent serait un obstacle qui rendrait les résultats incertains.

S'il nous était permis maintenant d'étendre ces conclusions à d'autres préparations ferrugineuses, et d'appliquer les réactions que nous avons observées, à juger les formules de certains médicaments, nous dirions qu'il est évident que les auteurs qui ont proposé de rouler les pilules d'iodure ferreux dans du fer réduit par l'hydrogène n'ont fait cette proposition qu'en s'appuyant sur une supposition théorique, et non après avoir étudié la composition et la manière d'agir du fer réduit par l'hydrogène. En effet, placer du fer réduit autour des pilules, cela n'est pas remplir les conditions essentielles qui doivent présider à leur conservation ; cela n'est protéger ni les parties extérieures, ni les parties intérieures de ces petites masses médicamenteuses, et cela n'est pas s'opposer à la transformation de l'iodure ferreux en iodure ferrique. Aussi est-il facile de constater que ces pilules contiennent de l'iode libre et un sel de fer au maximum. Nous n'avons pas la prétention de dire ou de vouloir faire croire qu'une petite quantité d'iode libre dans les pilules d'iodure ferreux les rend dangereuses, puisque nous savons parfaitement le contraire, mais nous voulons signaler un fait et prouver, par des réactions bien simples, que les pilules d'iodure ferreux qui sont roulées dans du fer réduit ne méritent pas la faveur dont elles jouissent depuis longtemps, et que le miel qui est employé pour les faire ne contribue pas peu à leur altération.

Voici les expériences à l'aide desquelles nous avons pu constater, dans ces pilules, la présence de l'iode libre et du sel de fer au maximum, et découvrir l'action que le miel exerce pendant la concentration de la masse pilulaire.

1° Partagez une pilule en deux parties, déposez-les sur du papier recouvert d'une couche d'amidon liquide, de manière que la partie interne de la pilule soit en contact avec l'amidon, et attendez quelques

instants. Soulevez les deux parties de la pilule, et vous reconnaîtrez, à la réaction exercée sur l'amidon, qu'elle contient de l'iode libre.

2° Versez une solution de cyanure jaune dans un tube effilé et soudé à sa partie effilée, et bouchez-le avec du liége. Fixez un manchon de caoutchouc vulcanisé sur le col d'un petit ballon; versez de l'eau dans le ballon, faites-la bouillir pendant longtemps au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool pour chasser l'air du ballon et celui que l'eau peut contenir. Alors, introduisez quelques pilules entières et non fendues ([1]) dans le ballon, sans trop l'éloigner de la flamme, une dizaine, par exemple; introduisez lestement le tube au cyanure dans le manchon, et liez le caoutchouc sur ce tube. Attendez que l'eau ait pu dissoudre les principes solubles de ces pilules, cassez la pointe du tube en l'appuyant sur le col du ballon, et vous apercevrez, malgré la présence du fer réduit, la réaction du fer au maximum.

3° Opérez comme si vous vouliez découvrir la présence des sels de fer au maximum, avec cette différence qu'il faut introduire du miel et un soluté d'iodure ferreux dans le petit ballon, concentrer le liquide pendant un certain temps, fermer le ballon avec un tube effilé qui contient un décocté d'amidon, casser le tube lorsque le liquide du ballon est à la température ambiante, et attendre, car les réactions, dans un liquide de cette nature, sont lentes à se produire.

Pilules d'iodure de fer et de quinine.

Iode	5 grammes.
Fer réduit par l'hydrogène pur	2 grammes.

Triturez l'iode et le fer dans un mortier de fer ou de verre jusqu'à ce que le mélange soit très-exact; ajoutez :

Sulfate de quinine neutre	3gr,40

Triturez vivement; la combinaison a lieu presque aussitôt. Continuez jusqu'à ce que le nouveau sel soit passé de l'état pâteux à l'état pulvérulent, et terminez vos pilules comme à l'ordinaire.

Cette dose est pour 200; elles peuvent être enrobées au Tolu.

Pour remplacer celles dites de Cronier, M. Augiéras conseille d'ajouter :

Extrait de gentiane	10 grammes.
Poudre de digitale	10 grammes.

([1]) Il y en a souvent beaucoup de fendues dans les flacons.

Teinture éthérée de baume de Tolu pour enrober les pilules.

Les meilleures proportions, d'après le même pharmacien, sont les suivantes :

Baume de Tolu..............................	1 partie.
Ether à 62 degrés..........................	5 parties.

Iodo-tannate de plomb.

L'iodo-tannate de plomb est un précipité à proportions définies, jaune verdâtre, qui se produit en versant une solution iodo-tannique (iode, 2; tannin, 14) dans une autre solution d'acétate de plomb neutre.

Ce nouveau sel, d'après M. Angiéras, pourrait recevoir de nombreuses applications médicales, et nous partageons son avis.

Ces formules sont empruntées au Bulletin de la Société de Bordeaux.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des indications particulières et du traitement des différentes formes de la pleurésie avec épanchement (1).

Voici un nouveau fait qui, en montrant encore le danger qu'il y a à ne pas combattre à temps les inflammations de la plèvre, prouve aussi que la rougeur de la langue est un phénomène qui, s'il n'est pas toujours l'expression de cette inflammation générale, est peut-être un des derniers termes qui indiquent le plus nettement l'usure organique, l'épuisement de la lutte physiologique dans cette même inflammation. C'est, en effet, un phénomène que j'ai observé à la fin d'une foule de maladies fébriles.

Treizième fait. — Témoin d'une guérison que je rapporterai plus bas, un pauvre malade, âgé d'environ trente-cinq ans, m'appelle dernièrement auprès de lui et je constate ceci : d'une maigreur et d'une pâleur extrême, il ne peut faire un pas et se tenir debout, parler même, sans éprouver la plus grande dyspnée, qui se traduit par des mouvements rapides et saccadés de la poitrine, par la bouche demi-ouverte, etc. Je fais déshabiller le malade et je suis frappé de l'aspect de sa poitrine, qui montre un rétrécissement du côté gauche et un amaigrissement tel que son torse, quoique celui d'un homme de haute stature, n'a pas en bas dix centimètres d'épaisseur ; et comme je portais mes regards sur cette région, il me dit : « Oh ! ce n'est pas de ce côté qu'il est question ; ce côté, à la suite d'une maladie, il y a dix ans, s'est desséché et est tout à fait mort pour moi ; il s'agit maintenant de l'autre côté, qui doit être malade depuis trois mois. » En effet, sur le côté droit, je constate une matité considérable et l'absence de tout bruit sur les deux tiers inférieurs de

(1) Fin. — Voir les deux livraisons précédentes, p. 64 et 124.

cette moitié de la poitrine, ce qui, joint au rétrécissement du côté gauche, m'explique la dyspnée extrême de ce malheureux. Mon diagnostic fut donc une pleurésie datant de dix ans du côté gauche, ayant amené des fausses membranes tellement fortes et partant rétractiles, qu'elles ont rétréci jusqu'à l'atrophie cette moitié de la cage thoracique et partant du poumon. Dans ces conditions, le cœur ne battait pas à l'aise, car on entendait à peine ses battements, sans distinguer avec la main son impulsion. Sur le côté droit, nouvelle pleurésie, avec épanchement dans les mailles encore existantes des fausses membranes. Je dis fausses membranes et épanchement, parce que la matité était trop considérable pour qu'il n'y eût que des fausses membranes, et pas assez limitée ni assez considérable pour que, s'il n'y avait eu que de l'eau, on n'entendit pas d'égophonie ni de souffle bronchique.

Mais les conditions pathologiques dans lesquelles se trouvait le malade n'étaient pas toutes là. Appartenant à une famille scrofuleuse, il avait une semi-ankylose d'une hanche, à la suite d'une arthrite, et portait les cicatrices de plus de cinquante petits abcès froids sous-cutanés, qui, après avoir suppuré longtemps, finissaient par une cicatrice déprimée caractéristique. De plus, ce malheureux, au teint de momie, avait les lèvres, les gencives et la langue d'un rouge carminé très-vif, avec des plaques de muguet (*oïdium albicans* de M. Gluber). Que faire en pareil état? fallait-il abandonner ce malade à sa fatale destinée, lui refuser le secours qu'il réclamait de nous? J'hésitai un moment; mais le devoir l'emporta, parce que le précepte de Celse se présenta aussitôt à mon esprit : *Melius est medicamentum anceps quam nullum.* Enfin, après avoir conféré avec un digne confrère, M. le docteur Savy, qui visitait le malade, nous convînmes :

1° De supprimer les aliments gras au malade et de lui prescrire beaucoup de lait et quelques soupes aux herbes.

2° De frictionner le côté droit du malade avec une pommade iodurée et mercurielle, dont voici la formule :

Pr.	Axonge	50 grammes.
	Iodure de potassium	3 grammes.
	Iode	50 centigrammes.
	Onguent napolitain	50 grammes.

Mêlez.

3° De donner une tisane délayante avec 5 grammes d'azotate de potasse par litre, nous réservant de donner plus tard, si c'était possible, des pilules stibiées si les organes digestifs pouvaient le permettre.

Huit jours après, nous fûmes assez heureux pour constater, M. Savy et moi, une amélioration marquée du côté de la poitrine. Ce mieux se soutint, mais ne progressa plus quinze jours après. La matité était moindre partout, excepté toujours au milieu de l'arc costal, dans la direction de l'aisselle, où l'on observait un peu plus d'obscurité. Cependant le mouvement des côtes avait reparu et la main l'appréciait très-bien ; j'entendis même un peu de mouvement respiratoire assez bas ; mais, comme je l'ai dit, cette amélioration ne progressait plus. La langue restait toujours dans le même état,

rouge, peut-être un peu moins recouverte de muguet ; jamais de diarrhée : au contraire, constipation que ne diminuaient pas des lavements de mauve verte et de poirée, additionnés de savon et même de sel de cuisine. Cette circonstance, l'heureux effet des antiplastiques mercuriaux et alcalins employés contre l'épanchement et les fausses membranes de la plèvre, peut-être même aussi sur le muguet, qui n'est qu'un produit pseudo-membraneux, nous firent penser que le moment était venu de donner les pilules stibiées. Nous le fîmes, mais elles fatiguèrent le malade, en augmentant son inappétence. Nous les supprimâmes presque aussitôt, ce qui n'empêcha pas que son dégoût pour les aliments augmenta, qu'il négligea même de prendre du lait, et qu'alors ses forces s'affaiblirent rapidement pour s'éteindre quelques semaines après, alors que la dyspnée n'existait plus, que sa toux s'était dissipée et que les symptômes de l'affection de la plèvre avaient presque disparu.

Voilà encore la langue rouge, dans une maladie inflammatoire qui ne fut jamais traitée par les saignées. Cependant ici il y avait du muguet, ce qui pouvait dénoter une complication d'inflammation de la membrane muqueuse elle-même. Mais est-il bien certain que ce muguet soit l'expression d'un état local plutôt que la traduction d'un état général ? Des fausses membranes viennent sur les plaies des vésicatoires dans la diphthérite, pourquoi ne surviendrait-il pas du muguet dans un état phlogistique général ? Je serais d'autant plus porté à le croire, que cette année j'ai observé plusieurs fois ce phénomène à la suite de pneumonies chez des vieillards que je n'avais pas traités par les saignées. Mais ceci est une nouvelle question que je ne puis résoudre en la soulevant ; il suffit d'y appeler l'attention des praticiens pour qu'un jour des études nouvelles puissent nous l'expliquer.

A notre point de vue, il reste de cette observation divers enseignements : que dans la première pleurésie qu'eut le malade, il y a dix ans, un traitement par les vésicatoires ne put amener que l'atrophie de la poitrine, comme dans notre quatrième fait ; que maintenant, tout efficace qu'ait paru encore le traitement antiplastique contre la nouvelle pleurésie, il a été employé trop tard pour permettre toutes les réactions nécessaires à un organisme épuisé et dans un état général peut-être trop plastique encore pour que des altérants en triomphassent seuls. Fallait-il revenir aux saignées à une époque si avancée de la maladie, dans une constitution si délabrée ? Je ne l'ai pas osé. Mais il n'est pas démontré que ce ne fût pas possible et peut-être fort avantageux. La suite de l'observation le prouvera, et en attendant le fait suivant pourrait encourager à le croire.

Quatorzième fait. — A la fin de février 1859, on m'amène un

enfant de quatorze ans de la commune de Vinon (Var), qui était, dit-on, malade depuis deux mois, sa maladie ayant commencé par de la fièvre, de la toux et un point de côté.

Cet enfant était d'un jaune verdâtre, il avait la langue cependant assez rosée ; sa figure était boufiie, et pour les quelques pas qu'on lui fit faire pour arriver de la voiture jusque chez moi, il éprouvait une dyspnée extrême. Son pouls et son cœur battaient avec une violence et une rapidité extraordinaires. Ses jambes et ses cuisses étaient infiltrées. Son ventre contenait aussi de l'eau. Qu'était-ce donc qu'une maladie qui avait commencé par de la fièvre, de la toux, un point de côté, et qui plus tard présente tous les phénomènes d'une anasarque? Les battements du cœur n'étaient cependant que rapides et tumultueux. J'explore la poitrine, et trouve un épanchement dans les deux plèvres, notamment à gauche, où le point de côté avait commencé. Le malade était-il resté longtemps à la diète au commencement de sa maladie? Mangeait-il depuis longtemps? Il n'était resté que fort peu de jours à la diète, mais l'appétit n'avait pu revenir. Il ne vivait que de fantaisies, et ne pouvait manger, malgré le soin que l'on mettait à lui rechercher les aliments de son goût. Des anchois même n'avaient pu lui rendre l'appétit, me disait-on.

Il ne m'en fallut pas davantage pour diagnostiquer une pleurésie aiguë avec épanchement, inflammation et épanchement qui ne s'étaient pas résolus et résorbés, à cause des écarts de régime du malade, et cela malgré quelques émissions sanguines, je crois, et force vésicatoires.

Je crus enfin que c'était à la suite de l'épanchement pleurétique, à la gêne qu'il occasionnait dans la circulation capillaire et générale, aux troubles plastiques que déterminait une alimentation intempestive, qu'on devait attribuer l'infiltration presque générale. Les praticiens ont rencontré des infiltrations générales à la suite de pareil épanchement pleurétique. Mon ami M. le docteur Jordany, de Riez, m'en avait cité un exemple. Notre quatrième observation fournit un cas d'infiltration partielle déterminée par un épanchement dans la plèvre; je crus donc pouvoir admettre ici une pleurésie et un épanchement d'abord à gauche, ensuite consécutivement celui de droite survenu de la même manière et par les mêmes raisons que l'épanchement dans le péritoine, que l'infiltration générale, et notamment celle des membres inférieurs.

Toujours est-il que j'annonçai aux parents l'extrême gravité de la maladie, que j'avertis fort sérieusement l'enfant que s'il n'exécutait pas ponctuellement les prescriptions que j'allais lui faire, il serait promptement entraîné par les progrès du mal. Cette terrible admonestation fit son effet, et les prescriptions suivantes furent exécutées à la lettre. J'ordonnai :

1° D'appliquer tous les deux jours de six à huit sangsues sur les parois thoraciques, jusqu'à la cessation de la fièvre.

2° De boire dans les vingt-quatre heures deux litres de tisane de chiendent et de miel, additionnés de 6 grammes d'azotate de potasse.

3° De prendre par jour trois des pilules stibiées suivantes :

Pr.	Tartre stibié..................	5 grammes.
	Extrait de digitale.............	āā 2 grammes.
	— de réglisse.............	

F. S. A. 30 pilules.

4° De garder le lit, de se tenir couvert jusqu'au menton pour favoriser la transpiration, et, après la cessation de la fièvre ou une fort grande diminution, de ne se permettre pendant huit jours que quelques tasses de lait coupé avec de l'eau de mauve, et pendant quinze autres jours, quatre, cinq ou six bols de lait pur ; enfin, de se confier entièrement et fort régulièrement aux soins de mon confrère M. Villemus, de Vinon, pour diriger avec beaucoup de précaution ce traitement.

J'étais fort inquiet sur la situation de cet enfant, d'autant que je restai plus d'un mois sans en avoir de nouvelles, mais alors son père vint me dire qu'il était très-bien, et qu'ils avaient suivi exactement, sous les ordres de M. Villemus, le traitement prescrit ; que notamment, la dernière fois qu'on avait appliqué les sangsues, elles avaient tellement coulé, que le sang baignait le malade dans son lit.

Voici un autre cas d'épanchement pleurétique d'une gravité différente qui a guéri sans application de sangsues, parce que je ne trouvai plus de réaction fébrile suffisante, mais ce fut toujours en insistant sur les altérants et sur le régime diurétique le plus rigoureux.

Quinzième fait. — Je fus appelé au commencement de février, pour un jeune homme de vingt-six ans, dans une campagne du canton de Forcalquier. Ce jeune homme était indisposé depuis à peu près les vendanges, souffrant depuis Noël, et donnant de sérieuses inquiétudes en janvier, parce qu'il présentait les mêmes symptômes qu'un frère aîné qui avait succombé, avait-on cru, à la phthisie pulmonaire. Aussi donnait-on à celui-ci divers remèdes béchiques, de l'huile de foie de morue et une bonne nourriture.

Je trouve, en effet, que le malade tousse, mais sans expectoration notable ou de mauvais caractère. Son facies est pâle et amaigri, mais ses lèvres et sa langue sont rosées, sa peau chaude et son pouls un peu fébrile. Il s'était plaint d'une gêne au bas des côtes droites, où l'on avait appliqué des cautères. La percussion donna une matité absolue (je n'en ai jamais trouvé de plus entière, de plus obscure) dans toute la partie postérieure du dos et du côté. Il n'y avait que la région sous-claviculaire où la sonorité fût même exagérée. L'auscultation ne laissait percevoir aucun bruit, aucun murmure, et cependant la dyspnée n'était pas très-fatigante, surtout levé. Nonobstant ces signes négatifs, je diagnostiquai une pleurésie avec épanchement. Précisément même à cause de cette négation, je me demandai s'il pouvait s'agir d'une pleurésie enkystée, ou de fausses membranes très-épaisses retenant de la sérosité dans leurs mailles ou interstices. J'inclinai vers cette dernière pensée, parce que si je ne

pouvais limiter exactement une poche enkystée, toute la partie postérieure, quoique plus mate, surtout sur le côté, qu'en remontant le long du rachis, l'était successivement moins en remontant plus haut. Cependant point de souffle bronchique, pas même entre le rachis et l'angle inférieur de l'omoplate, point d'égophonie, ce qui m'indiquait qu'il s'agissait d'une interposition de matières compactes ou d'un liquide épais et nullement mobile.

Il y avait donc des fausses membranes épaisses, sans doute encore du liquide, mais probablement un liquide interposé et retenu dans les mailles de ces fausses membranes si épaisses. Or, celles-ci n'attestaient-elles pas un travail pathologique dangereux, puisqu'il s'y déposait ainsi beaucoup de fibrine? et de là ne résultait-il pas l'indication de fluidifier le sang pour empêcher ce dépôt de faire résorber les productions pathologiques les plus récentes? Je ne pensais cependant pas aux évacuations sanguines, parce que le malade était pâle, presque cacochyme, et parce que j'espérais d'ailleurs qu'un régime diététique approprié et les antiphlogistiques indirects suffiraient pour abattre la petite fièvre d'un malade qui s'efforçait de manger des viandes succulentes et qui prenait de l'huile de foie de morue. J'ordonnai donc deux litres de tisane de chiendent miellé, avec 8 grammes d'azotate de potasse; trois frictions mercurielles par jour sur le côté malade avec 8 grammes d'onguent napolitain chaque fois; puis trois pilules stibiées, que j'appelle de Bricheteau, parce que, quoique ce médecin n'ait fait que ravitailler le traitement de Lanthois, il en a dans ces derniers temps montré avec précision les heureux effets dans la phthisie pulmonaire. Depuis j'ai employé ces pilules utilement, non-seulement dans la phthisie, mais je les ai étendues, en les modifiant souvent de diverses manières, à différentes phlegmasies chroniques ou subaiguës de la poitrine. Voici celles que j'ordonnai d'ailleurs au malade actuel :

Pr. Tartre stibié..................	5 grammes.	
Extrait de scille...............	}	ãã 2 grammes.
— de régtisse............	}	

F. S. A. 30 pilules, dont le malade prendra trois par jour : une le matin à jeun, une autre au milieu de la journée, et la troisième le soir.

Pour régime alimentaire, le malade ne pouvant nullement souffrir le lait, je lui fis donner toutes les trois heures une soupe aux herbes ou à la courge, sans pain.

Ce traitement, qui fut suivi et dirigé par mon confrère M. Dragon, avec un soin et une intelligence qui l'honorent, fit disparaître la fièvre en huit jours, amena des sécrétions intestinales et urinaires abondantes, donna au malade une peau souple et halitueuse, sans cependant changer encore les phénomènes stéthoscopiques. Le malade avouait plus de liberté dans la respiration, un peu moins de toux et d'expectoration, mais voilà tout.

A ma seconde visite, qui eut lieu huit jours après encore, ce fut différent. Nous trouvâmes en haut et en arrière un peu plus de

sonorité, quelques mouvements dans les côtes restées jusque-là immobiles dans l'acte de la respiration, plus de toux absolument, sommeil parfait, pouls calme, souple, même un peu faible, peau toujours douce et halitueuse au toucher, mais les gencives un peu tuméfiées. Nous remplaçâmes l'onguent napolitain par une pommade au protoiodure de mercure, et M. Dragon pallia rapidement les phénomènes de salivation, en ordonnant au malade du chlorate de potasse. Continuation de tous les autres remèdes et même du régime alimentaire, auquel nous ajoutâmes quelques fruits cuits.

A la troisième visite, trois semaines après la première, la matité est infiniment moins prononcée partout, tandis que nous entendons de temps à autre un bruit intense comparable à quelque chose qui se débouche et qui se laisserait pénétrer par l'air, ou bien, comme l'assurent les auteurs du *Compendium*, un bruit dépendant du frottement des deux plèvres armées de fausses membranes organisées, restées à sec par la résorption du liquide et produisant des sons fort différents. Rien n'empêche, en effet, d'admettre cette manière de voir, puisqu'elle s'accorde parfaitement avec l'idée de diagnostic que nous avions établie et la conséquence à laquelle nous prétendions arriver, de faire résorber les liquides interposés entre les fausses membranes et ces fausses membranes elles-mêmes qui n'auraient pas acquis une trop forte organisation. Le malade ne souffrant pas trop de son régime herbacé modifié, nous y fîmes joindre un peu de pain dans ses soupes, mais fort peu, et nous fîmes cesser les pilules stibiées qui, en amenant des selles répétées et des nausées fréquentes, affaiblissaient par trop le malade. Nous continuâmes donc seulement la tisane nitrée et la pommade d'iodure d'hydrargyre.

A la quatrième visite, l'état local des phénomènes pathologiques n'est pas changé (preuve qu'il ne changera peut-être plus, que tout ce qui a pu s'obtenir de résolution est obtenu). D'ailleurs, plus de toux, liberté toujours plus grande de la respiration et des fonctions intérieures. Seulement, tendance au retour du ptyalisme par la seule action de la pommade au protoiodure. Jugeant alors la maladie terminée et l'action thérapeutique épuisée, nous décidâmes de cesser tout traitement, sauf quelques potions encore au chlorate de potasse, pour détruire les nouveaux indices de salivation, et après, un peu de bicarbonate de soude en boisson, pour ne pas cesser tout à coup les alcalins et réveiller un peu les fonctions digestives allanguies par ce commencement de salivation mercurielle. Puis, enfin, nous décidâmes expressément avec M. Dragon de ne revenir que lentement au régime habituel du malade, soit pour l'alimentation, soit pour ses travaux, lui recommandant de se vêtir d'un gilet de flanelle et d'éviter les changements brusques de température. Avec toutes ces précautions, cette guérison s'est parfaitement soutenue; j'ai vu depuis le malade avec une bonne mine et ayant repris entièrement ses forces et complétement ses travaux, tandis que mon confrère M. Dragon m'a dit avoir obtenu depuis, dans un cas semblable, un résultat aussi heureux par les mêmes moyens.

Résumé et conclusion. — Il me semble que l'on peut tirer de ce

travail deux sortes d'enseignement : l'un relatif à la symptomatologie des différentes espèces de pleurésie avec épanchement, l'autre aux diverses indications qu'entraînent non-seulement les différentes espèces de pleurésie et d'épanchement, mais encore les conditions pathologiques générales.

Les livres classiques, avec leurs méthodes précises, leur ordre analytique ou systématique, ne donnent pas tous les éclaircissements nécessaires au diagnostic. C'est pourquoi nous hasarderons quelques réflexions et quelques corollaires symptomatiques, qui certainement auraient besoin d'être vérifiés par des autopsies répétées, mais qui jusque-là paraissent assez rationnels et assez utiles à la pratique pour être admis de préférence au doute et à l'incertitude d'aujourd'hui. Nous allons donc poser les questions qu'il s'agit de résoudre, et nous verrons si nous pouvons les expliquer avec les faits que nous avons produits. Ainsi :

1° Est-il possible de distinguer une pleurésie avec ou sans fausses membranes organisées ?

2° Est-il possible de reconnaître si le liquide épanché est fort liquide ou épais ?

3° S'il est contenu dans une poche enkystée ou interposé dans les mailles des fausses membranes organisées ?

Disons d'abord que, règle générale, les pleurésies donnant naissance à un liquide séreux et limpide sont celles qui présentent le moins de réaction fébrile, ou chez lesquelles cette fièvre ne se prolonge pas si longtemps. Lorsque le liquide est purulent ou qu'il y a des fausses membranes organisées, ou bien le début est plus violent ou bien la fièvre persiste davantage. De là les indications capitales qu'entraîne la fièvre, et l'obligation d'agir ensuite, jamais avec les vésicatoires, mais avec les altérants locaux et généraux pour détruire le travail pathologique qui s'exerce sur la plaie.

Mais maintenant, pour suivre de telles indications, est-il bien possible de diagnostiquer une pleurésie avec ou sans fausses membranes organisées ? En se guidant sur l'ensemble des phénomènes, nous pensons qu'il est possible de se faire de la chose une idée aussi juste qu'il est nécessaire de l'avoir pour la pratique, en étudiant attentivement les différentes phases du mal et plutôt la succession des phénomènes que ces phénomènes eux-mêmes.

Ainsi, observe-t-on une diminution notable dans l'épanchement, et cet épanchement donne-t-il une ligne bien marquée et distincte, séparant assez nettement la matité de la sonorité : il est à préjuger que l'on n'a pas affaire à des fausses membranes manifestes, mais

bien à un liquide très-séreux, comme dans les observations I, II, V, VIII, X, XI.

Constate-t-on, au contraire, une plus grande matité, plus sourde si l'on peut ainsi parler, et n'entraînant pas une dyspnée extrême qui désigne un grand épanchement : si cette matité ne cesse pas par une ligne brusque, mais s'efface insensiblement et successivement en remontant en haut, si surtout ce signe persiste quelque temps et ne peut alors être pris pour une couche de liquide s'étalant en nappe, ce qui n'arrive que dans les premiers jours de la pleurésie, il est à croire qu'il s'agit de fausses membranes organisées, comme dans les observations IV, XIII, XIV. La chose est encore plus certaine lorsque la dyspnée ayant passé, une certaine sonorité se manifestant par suite de la disparition de tout épanchement, cette matité est encore considérable, insensible à sa terminaison, et n'ayant pas baissé avec le niveau du liquide comme dans l'observation XIV. D'ailleurs, ce qui différencierait la couche d'un liquide de celle de pseudo-membranes, d'un dépôt de fibrines par conséquent, c'est que dans ce cas on n'entend ni bruit de la respiration ni résonnance appréciable de la voix; tandis que, dans le cas d'une couche de liquide en nappe, on entend du souffle bronchique, si cette couche est un peu épaisse, et l'égophonie, si elle l'est un peu plus.

Ces considérations conduisent à cette autre question : est-il possible de reconnaître si le liquide épanché est fort liquide ou épais ? L'ensemble des phénomènes, l'analogie plus que les faits peuvent nous diriger ici. Pour ma part je puis plutôt en juger par les observations où le liquide séreux et limpide a donné lieu à des retentissements de la voix ou de la respiration clairs et manifestes que par les phénomènes stéthoscopiques d'un liquide épais et consistant; mais il est naturel de penser que si un liquide séreux et limpide se laisse mieux pénétrer par les sons, en facilitant les ondes sonores, un liquide épais, comme des fausses membranes, donnera lieu à des vibrations moins faciles et partant à des sons moins distincts. J'ai d'ailleurs cru observer l'un et l'autre phénomène dans les différentes phases de l'observation VIII.

Enfin, est-il question d'une poche enkystée ou d'un liquide interposé dans les mailles de fausses membranes organisées : dans le premier cas, une matité parfaitement circonscrite et l'absence de tout bruit de la respiration et de la voix sont les seuls signes qui puissent la faire soupçonner; tandis qu'on peut croire à l'interposition d'un liquide dans les mailles des fausses membranes, lorsque

la ligne de démarcation de la matité à la sonorité est graduelle et invariable, quelle que soit la position qu'on fait prendre au malade; lorsque cette matité est fort grande et qu'en même temps l'absence d'égophonie et de bruit de souffle bronchique permet de supposer, non pas seulement l'interposition d'un liquide, mais aussi de fausses membranes, moins bon conducteurs de la voix et du bruit. C'est ainsi que j'en jugeai par l'observation XIV, et qu'une grande matité persistante après la guérison, matité plus considérable que celle qu'on notait dans les observations X et XI, confirma un diagnostic que les bruits de frottement consécutifs viennent presque garantir. Disons toutefois que, même dans les observations où le liquide paraît avoir été le plus séreux, il reste toujours, après la guérison, une matité relative encore notable, que cette matité persiste même toute la vie et qu'elle est due, soit à des fausses membranes légères surajoutées à la plèvre, soit peut-être simplement à son épaississement déterminé par l'inflammation primitive ou par son imbibition pendant une longue macération. C'est du moins ce qui semble résulter des faits cliniques et des recherches anatomiques de M. Ch. Baron, *De la pleurésie dans l'enfance*, thèse inaugurale, Paris 1841, p. 22, et de celles de M. Gendrin, *Histoire anatomique de l'inflammation*, t. Ier, p. 107.

Conséquences thérapeutiques. — En recherchant la signification des divers faits cliniques que nous venons de produire, il nous semble en résulter clairement cet enseignement :

1° Qu'au début de la maladie, lorsqu'il y a fièvre, il faut user largement des évacuations sanguines, les proportionner à la fièvre et les continuer, ainsi que la diète la plus rigoureuse, tant que persiste cette même fièvre.

2° Qu'il faut généralement rejeter les vésicatoires, excepté dans ces épanchements chroniques, sans réaction fébrile, où ils se montrent vraiment efficaces, peut-être par un effet simplement physique d'exosmose.

3° Qu'à part ces cas exceptionnels, ils sont plus nuisibles qu'utiles, et qu'ils sont certainement fâcheux lorsqu'il y a encore de la fièvre ou que celle-ci vient à peine de cesser.

4° Que ces emplâtres cantharidés sont surtout nuisibles dans les cas où il s'agit de fausses membranes ou de liquide purulent, parce qu'ils augmentent le travail pathologique au lieu de le diminuer.

5° Que, dans ces cas-là surtout, le retour aux émissions sanguines ou l'insistance à tirer du sang, les frictions mercurielles et les alté-

rants à l'intérieur, comme les alcalins et le tartre stibié à dose fractionnée, sont bien préférables, secondés qu'ils doivent toujours être par un régime diététique sévère, qui, de concert avec ces moyens, favorise le mouvement de résorption générale. Or, ce mouvement physiologique est si important, il est si réellement curateur, que ce n'est pas sans danger qu'on le voit troubler par une alimentation précoce et intempestive, comme le prouvent plusieurs de nos observations.

6° Qu'il faut revenir aux émissions sanguines, quels que soient l'ancienneté de la maladie et le degré où elle est parvenue, si le pouls témoigne d'une forte impulsion, d'une fièvre encore active, comme dans notre treizième fait. J'en dirai autant si les altérants et la diète ne paraissaient pas provoquer suffisamment vite les mouvements de résorption et de résolution. Il ne faudrait pas laisser user les forces organiques dans une lutte incertaine et quelquefois impossible.

7° Qu'enfin nous pouvons répondre à cette question posée par Valleix : la pleurésie avec épanchement peut-elle se terminer par des sécrétions critiques naturelles ? Non-seulement rien ne le fait préjuger, comme le dit le sagace médecin que la science regrettera longtemps ; mais, par mes observations, qui montrent l'effet de la maladie à presque toutes ses époques, il reste manifeste que c'est toujours la thérapeutique qui le dispute à la pathologie ; tandis qu'au moindre écart de ces principes, la mort en devient la triste conséquence. Il ne faut donc jamais, dans cette maladie, se reposer sur les efforts de la nature (nos observations V, VI, VII, XII le prouvent assez), mais combattre jusqu'au bout, au moyen d'une thérapeutique aussi active que rationnelle. Dr Dauvergne,

Médecin de l'hôpital de Manosque.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'hygiène thérapeutique, ou application des moyens de l'hygiène au traitement des maladies, par M. F. Ribes, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, chevalier de la Légion d'honneur, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc.

La diététique, dans la pensée des anciens médecins, des médecins grecs surtout, ne se séparait pas de la thérapeutique, elle en était, au contraire, une partie essentielle ; il suffit de quelques notions sur l'esprit qui règne dans les livres hippocratiques, dans les

ouvrages de Galien même, pour s'édifier complétement sur ce point. L'admission au sein de l'organisme d'une force coordonnatrice des phénomènes de la vie, conservatrice et réparatrice par conséquent, conduisait naturellement les médecins, à cette époque de l'histoire de la science, à s'efforcer de ramener l'organisme souffrant à l'état normal par l'usage modifié des agents propres à entretenir le jeu régulier de la vie. Cette vue, se combinant avec les résultats d'une incontestable observation, qui nous montre l'économie tendant d'elle-même à rétablir par ses seuls efforts l'équilibre des fonctions momentanément troublé par la maladie, suffit donc d'abord à assurer une place immense à l'hygiène dans le traitement applicable aux nombreux états morbides susceptibles d'atteindre l'organisme. Plus tard, quand le mysticisme du moyen âge se mêla à la science pour en entraver l'essor ; plus tard encore, quand la médecine spagyrique fit luire aux yeux des médecins l'espoir de voir se réaliser les miracles de l'inconnu, cette vue s'effaça, ou au moins s'éclipsa en grande partie dans l'esprit des médecins, et les choses de l'hygiène, si lente en son opération, durent céder la place à des agents plus rapidement et plus radicalement perturbateurs. Aujourd'hui que les conquêtes de la chimie, les découvertes de la physique ont singulièrement étendu le domaine de la thérapeutique proprement dite, ce serait certainement reculer, que de chercher à ramener celle-ci dans les voies de l'hippocratisme pur ; l'homœopathie seule, sous le voile d'une médecine pipée, a osé reculer jusque-là. Toutefois, hâtons-nous de le dire, quelques progrès que la science ait accomplis sur ce point, avec quelque précision, d'un autre côté, que les recherches modernes nous aient appris à lire dans l organisme derrière les phénomènes que saisissait uniquement la médecine antique, les vérités qu'elle a si nettement formulées, et que nous rappelions il y a un instant, demeurent, et les applications de l'hygiène, dont elle consacrera la légitimité dans le traitement d'un certain nombre d'états morbides, ou à une certaine période de la maladie, dans l'intérêt de la solution définitive des accidents, restent toujours comme une partie importante des ressources de l'art.

C'est parce qu'il l'a ainsi compris que le professeur d'hygiène de la Faculté de Montpellier a écrit le livre dont nous nous occupons en ce moment ; c'est à préciser la valeur de ces ressources qu'il a consacré les longues méditations dont ce travail est l'heureux fruit. « Je n'hésite pas à le dire, écrit quelque part M. Ribes, dans l'état présent de la pratique médicale, il est urgent de modérer

l'ardeur exagérée de beaucoup de jeunes médecins pour la médecine d'action, en réhabilitant dans leur esprit les actes curateurs de la nature par les moyens de l'hygiène; en leur faisant constater, à l'aide d'une analyse exacte du traitement des maladies, la part (probablement la place) considérable que ces moyens doivent y occuper, la part qu'ils ont dans le traitement, dans les traitements même auxquels il semble qu'il n'y a rien à ajouter, dès que la pharmacologie a exécuté sa formule, ou que le chirurgien a fait sa manœuvre. Nous sommes d'autant plus fondé à ramener l'attention des médecins sur ces idées, que la diététique est restreinte pour un grand nombre d'entre eux aux applications du régime alimentaire. » Cette dernière remarque est juste, et, n'eût-il entrepris son travail qu'en vue de montrer cette erreur, la tentative du savant professeur de Montpellier serait suffisamment justifiée.

Voici d'ailleurs le cadre un peu irrégulier dans lequel il a cru devoir développer ses idées.

Dans une introduction peu étendue, et dans laquelle nous craignions que l'auteur n'eût lâché la bride à son imagination, pour nous exposer de nouveau la théorie quelque peu excentrique de la vie universelle, et où heureusement celle-ci ne se montre que d'une façon fort discrète, M. Ribes s'attache à établir d'une manière rapide les caractères de la thérapeutique proprement dite. Dans cette caractérisation générale de cette branche importante de la science, rien n'était plus facile que de montrer la place qu'y doit occuper l'hygiène. Marquer cette place et la bien délimiter, c'était en même temps tracer le plan même du livre dans la pensée de l'auteur; chaque groupe d'influences hygiéniques doit se trouver formé en vue d'une indication thérapeutique, soit que pour y satisfaire il faille modifier les conditions intérieures propres à une de ces fonctions, soit qu'il faille en modifier les conditions extérieures. De là, les moyens d'agir sur un état morbide, en faisant subir des changements, d'abord aux fonctions de la vie nutritive, et spécialement aux fonctions digestives, aux fonctions respiratoires, aux sécrétions et aux excrétions; de là, les moyens propres à influer sur un état morbide, en agissant principalement par les moyens tirés des fonctions affectives ou morales, par les moyens tirés de la vie intellectuelle, par les moyens tirés de la vie physique ou d'action, soit qu'on ne mette en usage qu'un de ces moyens principalement, soit qu'on en fasse intervenir plusieurs à la fois et d'une manière simultanée. Ce programme ainsi tracé, M. Ribes, sans s'attarder davantage dans ces considérations générales, et sans s'inquiéter

beaucoup, à ce qu'il semble, si celui-ci n'eût pas pu être tracé d'une manière plus simple, ou plus claire, entre immédiatement en matière. On comprend que nous ne suivions pas l'auteur pas à pas dans cette carrière immense, et où il est bien forcé de marcher souvent dans les sentiers les plus battus : ceci nous conduirait trop loin ; nous ferons seulement remarquer, et cela dans l'intérêt de la fortune du livre, que là comme partout M. Ribes a cité d'intéressantes observations qui établissent victorieusement l'importance des notions qu'il s'efforce de faire partager au lecteur. Nos traités d'hygiène, nos traités de pathologie générale, qui pullulent en ce moment, nos traités de pathologie spéciale ne manquent pas assurément d'exposer plus ou moins largement ces notions qui sont élémentaires dans la science, si elles ne sont pas monnaie courante dans la pratique, mais là ces notions se produisent d'une façon tout abstraite, c'est comme la métaphysique de la thérapeutique ; dans l'ouvrage du sage et pratique professeur de Montpellier, les observations marchent côte à côte avec le précepte et le justifient, et en commandent en quelque sorte l'application.

Ces questions largement étudiées, et dans l'esprit que nous venons de dire, M. Ribes traite, comme une partie essentielle de l'hygiène thérapeutique, de l'hydrothérapie proprement dite, et de l'hydrothérapie minérale. Bien que, logiquement, le savant professeur d'hygiène ait eu incontestablement le droit de confondre ainsi sous une appellation générique ces deux méthodes thérapeutiques, nous croyons pourtant que trop profondes sont les distinctions qui les séparent en tant que modificateurs de la vie morbide, pour qu'on ait dû ainsi les réunir ; mais c'est là une chicane de mots ; qu'importe l'étiquette, si les choses qu'elle cache sont l'expression de la vérité? Pour ce qui est de la première de ces méthodes, l'auteur s'est laissé guider dans son appréciation par les noms les plus compétents en la matière, sauf un M. Baldou qui, sur ce point, au jugement de M. Fleury, n'a pas inventé la pommade : et cette appréciation nous a paru sage et prudente, tout en laissant à l'auteur la responsabilité de plus d'une des questions qui se posent à propos de l'application de l'hydrothérapie à plusieurs affections morbides. Les longues pages que M. Ribes consacre ensuite à l'influence thérapeutique des diverses eaux minérales nous ont également paru marquées au coin d'un esprit judicieux. Il est quelques naïades qui, véritables sirènes, semblent exercer sur l'esprit des médecins qui les cultivent, une sorte de fascination ; et la vérité court là quelques risques de se perdre un peu dans les métaphores d'une trop tendre

infatuation : le professeur de Montpellier est exempt de toute faiblesse à cet égard, et son témoignage n'en a que plus de poids. Bien que cette médication hydrothérapique ne soit pas précisément de l'hygiène, personne ne saura mauvais gré à l'auteur d'avoir franchi la limite, parce qu'il rachète son indiscrétion par la franchise.

Le reste de l'ouvrage est de la médecine morale. En jetant ainsi cette expression, qu'on ne croie pas que nous considérions cette partie du livre comme la moins importante : il est si loin d'en être ainsi, que c'est là que nous paraît être surtout le côté le plus original du livre du savant professeur de la Faculté de Montpellier. L'auteur a parfaitement compris, bien qu'il combatte la dualité humaine, comme il le dit, que l'homme ne vit pas que de pain, et qu'il y a en lui un fond moral qui, dans la maladie, comme dans l'état de santé, et plus encore dans le premier de ces états que dans le second, appelle, si nous pouvons ainsi dire, bien que ce mot ne nous aille guère, une *hygiène morale*. Appuyé sur ce principe, M. Ribes montre très-bien quelles sont les ressources que le médecin doit, dans ce sens, présenter aux pauvres patients. Sur ce point comme sur tout le reste, l'auteur fait preuve d'une science étendue, et pourtant il ne s'est pas inspiré, à cet égard, des travaux les plus complets en ces matières, pour n'en citer qu'un, de *la Médecine des passions*, de M. le docteur Descuret. Est-ce parce que M. Descuret est spiritualiste jusqu'au christianisme? Nous ne saurions le penser. M. Ribes est fort tolérant dans sa théorie de la vie universelle, et il conseille, dans un cas donné, la confession, comme il ferait une potion antispasmodique : c'est un pur oubli; et puis, pourquoi M. Descuret se cache-t-il avec tant de soin, dans je ne sais quel coin de la France?

Nous voulions, en parlant de l'ouvrage de M. Ribes, imiter sa discrétion, oublier presque sa théorie de la vie universelle; et, malgré nous, nous en avons trop dit pour que le lecteur ne nous sût pas mauvais gré de n'en point consigner ici quelque vague expression : nous voulons prévenir ce reproche. Ecoutez donc, et réconfortez-vous si vous pouvez : « Néanmoins, dit l'auteur, à tous ceux qui sont privés de cette ressource (la foi), on ne saurait trop répéter que se connaître soi-même est le but, le plus noble but que l'homme le plus intelligent puisse se proposer pour trouver la règle la plus naturelle de la vie et accomplir sa destinée; qu'ils tireront de cette connaissance les moyens propres à écarter la cause des maladies et les souffrances. Cette connaissance leur donnera et leur conservera le calme, en leur faisant apercevoir le lien qui attache à l'ordre général notre vie par-

ticulière, en faisant comprendre notre être comme une partie de l'univers. Tel est le fondement de la vraie culture intellectuelle; outre les satisfactions réelles dont elle est la source, elle a le pouvoir de maintenir l'équilibre de l'homme en parlant à ses sens à la fois et à la raison, et laissant l'imagination prendre un essor qui lui est nécessaire. » Heureusement il n'y a pas si loin que cela de l'homme à Dieu, et un esprit ferme et droit peut trouver là une paix qu'il chercherait vainement dans une science laborieuse qui lui échappe. La simplicité de la colombe n'est pas un pur mythe, ni une pure duperie.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Ascite datant de quelques semaines.— Dilatation énorme du ventre. — Rupture spontanée des parois dans un point situé entre l'ombilic et le pubis. — Guérison. — Quelque rare et extraordinaire que puisse paraître le fait suivant, qui a été publié par un médecin irlandais, M. Croskery, il nous semble qu'il est utile d'en répandre la connaissance parmi les praticiens, parce qu'il montre que la nature a des voies à nous inconnues et par lesquelles elle procède à la guérison d'une manière bien autrement avantageuse que l'art ne pourrait le faire.

Un homme de cinquante ans était affecté, depuis plusieurs semaines, d'une ascite. Son ventre avait pris un volume énorme, la respiration était gênée et difficile ; les pieds, les jambes, les cuisses et le scrotum se rompaient presque, tant ils étaient distendus par l'œdème : agitation, insomnie et faiblesse ; pendant les derniers jours une tumeur douloureuse s'était formée au centre de l'hypogastre, ce qui ajoutait encore à ses souffrances. Au centre de cette tumeur dure et douloureuse, une petite escarre se forma et, tout d'un coup, il sentit que quelque chose se rompait, le lit était baigné de liquide ; le malade venait d'être ponctionné par la nature : à la chute de l'escarre le liquide s'était fait jour à travers la petite ouverture qui en était le résultat. En moins d'une heure le malade était soulagé et le liquide était évacué. Cependant la plaie resta encore ouverte pendant une douzaine de jours, et en pressant avec la main le malade vidait de temps en temps et sans aucune douleur le liquide qui s'accumulait dans la cavité du péritoine. Puis la plaie se referma ; il y avait cependant une induration considérable de la paroi abdominale dans le voisinage, et quelques-uns des organes renfermés dans l'abdomen semblaient avoir contracté des adhé-

rences à son niveau. Quoi qu'il en soit, la santé générale de cet homme alla s'améliorant, l'œdème des extrémités inférieures disparut à son tour, il ne se forma plus de liquide dans l'abdomen. Bref, cet homme fut complétement débarrassé de la maladie, et, à ce qu'il paraît, sa santé s'est bien soutenue depuis.

Nouveau cas de division congénitale du voile du palais guéri par des cautérisations successives. — Nos lecteurs doivent se rappeler l'intéressant mémoire de M. J. Cloquet que nous avons publié. M. Benoît, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, ayant obtenu un nouveau succès, l'a adressé à l'Académie des sciences, et M. J. Cloquet a lu un rapport dont nous extrayons les détails suivants :

« La difformité, bornée aux parties molles, était accompagnée de tous les accidents qu'elle peut entraîner. L'enfant n'articulait que quelques mots, tellement défigurés par le nasonnement, que ses parents mêmes ne pouvaient le comprendre ; la déglutition était difficile ; les aliments, et surtout les liquides, refluaient par les fosses nasales ; l'expuition était impossible ; la salive et les mucosités sortaient de la bouche par leur propre poids, ou en étaient repoussées par un mouvement automatique de la langue. Ce pauvre enfant était parvenu à sa onzième année sans que le temps eût apporté la moindre amélioration à sa triste position, quand M. Benoît entreprit de le guérir.

« Le traitement, commencé le 8 mai 1857, fut interrompu deux fois, d'abord par un voyage que fit le malade, ensuite par une rougeole grave dont il fut atteint ; déduction faite du temps perdu, il dura dix-neuf mois.

« Le voile du palais est aujourd'hui complétement réuni ; il reste seulement une division de la luette. Tous les symptômes ont disparu ; l'articulation des mots est facile, mais le timbre de la voix n'est pas encore parfaitement pur ; il subsiste un peu de nasonnement, attribué par M. Benoît à l'habitude prise par les organes plutôt qu'à la fissure qui reste à réunir. L'auteur justifie cette assertion en citant l'exemple qu'il a sous les yeux d'un individu portant une bifidité congénitale de la luette à peu près semblable à celle qui reste chez son opéré, et chez lequel l'articulation des mots n'est pas altérée. J'ai eu l'occasion de faire la même remarque sur l'un des sujets dont j'ai publié l'observation (¹).

(¹) Mémoire sur une méthode particulière d'appliquer la cautérisation aux divisions anormales de certains organes. (*Bulletin de Thérapeutique.*)

« Ce beau succès a été obtenu au moyen de trente-trois cautérisations, quatorze avec l'azotate acide de mercure et dix-neuf avec le crayon d'azotate d'argent, portés, suivant le précepte que j'en ai donné, à l'angle et sur les bords de la division, dans une étendue de quelques millimètres seulement. Le petit malade, qui d'abord redoutait beaucoup l'opération, a fini par se familiariser tellement avec ce mode de traitement, qu'il vient aujourd'hui le demander lui-même ; aussi M. le professeur Benoit veut-il obtenir la réunion de la luette, et ne doute-t-il pas de la réussite.

« Voici donc un nouveau succès de réunion du voile du palais obtenu par les cautérisations successives sur un enfant tout jeune encore, craintif, et pour lequel, par conséquent, il aurait fallu attendre plusieurs années avant de pratiquer la staphyloraphie. La médication a été si peu douloureuse, a pris si peu de place dans la vie du sujet, que l'instruction de cet enfant, rendue jusqu'alors impossible par la difformité dont il était victime, a pu être commencée pendant le cours du traitement et continuée avec fruit ; en effet, au mois d'octobre 1858, le petit malade est entré au lycée de Montpellier, est parvenu graduellement aux premières places de sa classe, et a remporté à la fin de l'année scolaire six nominations, dont un prix de récitation. « Ce dernier succès, dit avec raison « M. Benoit, témoigne plus que toute autre circonstance de ce qu'est « devenue la prononciation de cet enfant, qui, avant le traitement, « parlait d'une manière inintelligible, même pour ses parents. » J'ai donc eu raison de regarder comme un des avantages de cette méthode de n'apporter aucun changement dans les habitudes des opérés et de leur permettre de continuer leurs travaux.

« Il est cependant des cas où les cautérisations, comme staphyloraphie, ne peuvent pas réussir : c'est lorsqu'il y a division et écartement des os palatins. Il faut avoir alors recours à l'autoplastie de la voûte palatine ; mais ici la cautérisation peut être un puissant auxiliaire, comme l'a fait remarquer M. Hippolyte Larrey dans un travail récent. On pourrait, dit cette habile chirurgien, utiliser encore ce procédé, dans les cas même où il ne suffirait pas à lui seul, lorsque, par exemple, une opération autoplastique pratiquée n'aurait pas réussi complétement, et laisserait persister un hiatus assez étroit.

« Cette méthode d'appliquer la cautérisation semble d'ailleurs se généraliser, et je demanderai la permission de vous citer en quelques mots un admirable résultat obtenu par M. Gaillard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, non plus sur le voile du palais,

mais sur des parties d'une structure bien plus complexe. Il s'agissait d'un pauvre petit enfant qui était né avec une difformité des deux mains et des deux pieds. Les deux pieds, qui seuls doivent nous occuper ici, étaient divisés dans presque toute leur moitié antérieure par une scissure profonde, et représentaient assez bien la pince d'un homard. La marche aurait été fort difficile et l'usage des chaussures ordinaires absolument impossible; M. Gaillard régularisa les bords de ces deux scissures, puis, par des cautérisations successives, portées toujours à l'angle de la division, réunit assez complétement les deux moitiés de chaque pied pour que l'enfant, actuellement âgé de quatre ans et demi, porte des souliers étroits et marche sans aucune gêne.

« Il y a plus de trente ans que, par le même procédé de cautérisations successives, j'étais parvenu à réunir chez un jeune homme les deux moitiés d'un pouce bifide, fourchu par vice de conformation (le pouce avait deux phalangettes, ayant chacune un ongle étroit et distinct). Un profond sillon longitudinal subsista au niveau du point de jonction des deux ongles, qui devinrent parallèles de divergents qu'ils étaient, et le pouce, revenu pour ainsi dire à sa conformation normale, put remplir régulièrement ses fonctions. »

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Ablation de la rotule (*Observation d'*) *suivie de guérison*. M. le docteur Knode a communiqué à la Société de médecine de Saint-Joseph (Missouri) l'intéressant fait qui suit :

A***, âgé de vingt et un ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, fit, fin décembre 1858, une chute sur le genou gauche, qui ne parut d'abord avoir donné lieu qu'à une légère contusion. Il n'y fit pas attention, et continua de se servir de son membre; mais bientôt le genou présenta un gonflement avec douleur et chaleur. Un empirique y fit appliquer des emplâtres et des poudres de diverse nature; ces applications eurent pour résultat la mortification des téguments, la dénudation de la rotule, et enfin la nécrose de cet os.

M. Knode vit le malade, avec le docteur Wheeler, le 10 mars 1859. Il était très pâle et très-amaigri; il n'avait pas quitté le lit depuis deux mois et demi; le pouls battait 130 fois par minute. La rotule, nécrosée, colorée en noir, complétement dénudée, était entourée d'une masse de bourgeons charnus, fongueux; la synoviale avait été ouverte largement par le travail de mortification et fournissait une sécrétion abondante de synovie. La face profonde du ligament rotulien était intacte; mais le tissu de ce ligament était ramolli, et toutes les parties environnantes étaient le siége d'un gonflement considérable.

On se décida à enlever la rotule. Le surlendemain, le malade ayant été chloroformé, M. Wheeler souleva la rotule à l'aide de fortes pinces à dissection, et coupa les restes du ligament rotulien et de la synoviale qui la maintenaient en place; l'intérieur de l'articulation fut ainsi mis largement à nu; les cartilages articulaires du fémur et du tibia paraissaient être tout à fait sains. La rotule était nécrosée dans toute son épaisseur.

On rapprocha autant que possible, à l'aide d'emplâtres agglutinatifs, les bords de la plaie, qu'il fut cependant impossible de réunir tout à fait; on appliqua par-dessus un linge fin

trempé dans de la glycérine, puis une bande en caoutchouc, soutenue par une autre bande, de manière à mettre, autant que possible, l'articulation à l'abri du contact de l'air. L'extrémité fut soutenue sur des coussins, dans une légère flexion. On calma les douleurs vives que le malade ressentait par des doses suffisantes de morphine, et on institua un traitement reconstituant et stimulant.

Les soins consécutifs furent donnés entièrement par M. Wheeler; M. Knode ne revit le malade que cinq mois après l'opération. A son grand étonnement, il marchait presque sans boiter; l'articulation ne s'était pas ankylosée; le malade exécutait les mouvements les plus variés et les plus énergiques avec la jambe gauche, avec une grande facilité, et il y avait très-peu de différence à cet égard entre les extrémités des deux côtés; les mouvements du genou gauche se faisaient avec facilité. A la place de la rotule enlevée, on remarquait une dépression et une forte bande fibreuse unissant le tendon du triceps au ligament rotulien.

Le succès de cette opération hasardeuse est certainement un fait des plus surprenants, et peu de chirurgiens seraient tentés d'imiter, dans un cas semblable, la pratique des chirurgiens américains. Le professeur Gross, de Philadelphie, a pourtant fait la même opération dans un cas analogue, et avec un résultat satisfaisant, et il paraît que M. Thirion, de Namur, avait pratiqué de même l'ablation de la rotule en 1829. (*North Amer. medicoc-hir., Review*, mai 1860, et *Arch. de méd.*, août 1860.)

Cataracte. *De son extraction à l'aide de curettes.* M. le docteur Schuft vient de publier sur ce procédé nouveau une brochure à laquelle nous empruntons les détails suivants.

L'extraction linéaire à l'aide de curettes, après ablation préalable d'une petite partie de l'iris, a été d'abord proposée et exécutée par M. de Graefe. M. Schuft s'est attaché à rendre cette opération plus facile et plus généralement applicable en modifiant la forme des curettes.

En adoptant ce procédé opératoire, M. de Graefe et M. Schuft se proposaient, d'une part, d'éviter les contusions de l'iris, conséquence inévitable du passage du cristallin opaque à travers la pupille intacte; d'une autre part, de diminuer les chances de l'écoulement de l'humeur vitrée; enfin l'incision linéaire de la cornée met néanmoins l'opéré à l'abri des inconvénients inhérents au lambeau kératique, qui est indispensable dans les procédés usuels d'extraction

Les curettes, au nombre de quatre, dont M. Schuft donne la figure dans sa brochure, sont en argent; elles diffèrent surtout de la curette de Daviel par les caractères suivants : elles sont plus larges, plus relevées à leur extrémité libre, à bords plus minces et plus concaves La curette ne se continue pas avec une tige de même calibre; elle est au contraire supportée par une tige très-mince, qui permet de manœuvrer sans maintenir la plaie de la cornée largement béante.

A l'aide de ces curettes, M. Schuft pense qu'il sera désormais possible, sans faire subir à l'œil une lésion dangereuse, d'extraire tout cristallin, soit transparent, soit opaque, en tout ou en partie, quels que soient son volume et sa consistance.

L'opération se compose des temps suivants :

Premier temps. — Le malade étant couché et les paupières étant écartées par les doigts d'un aide, l'opérateur fixe le globe de l'œil et pratique une incision linéaire de la cornée, immédiatement en dedans de sa limite externe, à l'aide d'un couteau lancéolaire, qu'il enfonce parallèlement à l'iris. L'incision, que l'on agrandit au besoin en retirant le couteau, doit avoir environ 6 millimètres de long.

Deuxième temps. — A l'aide d'une pince fine, à dents de souris, introduite fermée par la plaie de la cornée, on saisit le bord de la pupille, on l'attire au dehors, et on excise la partie de l'iris ainsi amenée au dehors.

Troisième temps. — On ouvre la capsule transversalement, de dedans en dehors, à l'aide d'un crochet.

Quatrième temps. — On introduit la curette par la plaie de la cornée, et on la fait avancer d'abord directement vers le centre du globe oculaire, jusqu'à ce que son extrémité libre ait franchi l'équateur du cristallin qui proémine en avant; on porte ensuite la tige qui supporte la curette légèrement en arrière, en faisant avancer en même temps la curette, jusqu'à ce que son centre se trouve placé derrière la paroi postérieure du cristallin. En ce moment, on imprime à la curette un mouvement de levier, par lequel tout son contenu se trouve refoulé dans la chambre antérieure ; ce mouvement doit être dirigé principa-

lement dans la direction de la plaie de la cornée, de manière à retirer un peu l'instrument et à ménager le bord interne de la pupille.

A la suite de cette manœuvre, les bords de la curette ont pénétré suffisamment dans le noyau de la cataracte, que l'on peut alors amener au dehors en lui faisant longer avec précaution la face postérieure de la cornée. Lorsque le noyau est très-volumineux et très-dur, il est avantageux de le fixer encore mieux dans la curette en le pressant contre la face postérieure de la cornée.

Après avoir extrait le noyau, on exerce, à l'aide des paupières, quelques frictions douces sur le globe oculaire, de manière à détacher et à amener dans le champ pupillaire les reste de la cataracte, que l'on retire ensuite à l'aide d'une curette de volume approprié.

L'excision de l'iris, dans le deuxième temps, laisse ordinairement subsister une bandelette de la circonférence externe de ce diaphragme; on est mis ainsi plus sûrement à l'abri de l'écoulement de l'humeur vitrée. Il faut encore remarquer, relativement au quatrième temps, qu'à la suite de l'écoulement de l'humeur aqueuse, et de l'incision de la capsule antérieure, le cristallin proémine fortement en avant, ce qui permet de contourner facilement sa face postérieure et d'éviter toute lésion des procès ciliaires.

M. Schuft pense que son procédé trouvera surtout une application exclusive dans les circonstances suivantes : 1° chez les sujets ayant dépassé l'âge de vingt-cinq à trente ans, lorsque la cataracte n'est pas tout à fait mûre, ou lorsqu'elle est à noyau dur plus ou moins volumineux; 2° chez les sujets de tout âge, dans les cas de *cataracta accreta*, de corps étrangers du cristallin placés en dehors du champ de la pupille dilatée, et de cysticerques du cristallin. (*Die Auslöffelung des Staars*; Berlin, 1860.)

Eléphantiasis *du pied et de la jambe traité par la ligature de l'artère fémorale.* La ligature de l'artère principale du membre, dans le cas d'éléphantiasis, a été proposée et mise à exécution par un habile et hardi chirurgien américain, M. Carnochan, de New-York, qui a fait connaître quatre succès dus à ce mode de traitement. A l'exemple de M. Carnochan, le professeur Erichsen, de Londres, a fait la ligature de l'artère tibiale antérieure dans un cas d'éléphantiasis du pied ; cette opération a encore été couronnée de succès.

M. Ogier, de son côté, a lié récemment l'artère crurale, au sommet du triangle de Scarpa, chez un nègre de vingt-six ans, porteur d'un éléphantiasis énorme du pied et de la jambe, et jouissant, d'ailleurs, d une excellente santé. Le volume de l'extrémité et les douleurs qu'il y ressentait empêchaient complétement cet homme de travailler et lui faisaient réclamer l'amputation comme un bienfait. L'opération et ses suites immédiates ne présentèrent rien de particulier ; mais, le quinzième jour, il y eut une hémorrhagie secondaire épouvantable, que l'on parvint cependant à arrêter à temps. Le malade ne tarda pas d'ailleurs à se rétablir.

L'extrémité affectée commença à diminuer de volume dès le deuxième jour après la ligature, et au bout de trois mois, époque à laquelle l'observation a été publiée, ces parties avaient repris presque leur volume normal. Le malade marchait sans diticulté et sans douleur avec un bas élastique.

M. Ogier fait remarquer avec raison que ce succès ne devra être considéré comme définitif que lorsqu'une année au moins se sera écoulée sans que l'affection ait récidivé. Le fait n'en mérite pas moins d'être connu, vu l'incurabilité de l'éléphantiasis par les moyens médicaux et chirurgicaux ordinaires. (*Charleston med. Journ.* et *Monit. des sciences*, août.)

Kératite scrofuleuse. *Emploi du sesqui-iodure de mercure en collyre.* Dès 1826, le docteur Polare, de Palerme, vantait l'usage de ce nouveau sel, et son disciple, le docteur Arcoleo, nous apprend que les résultats en ont été extrêmement favorables entre leurs mains La proportion était de 60 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée. On en instille une goutte entre les paupières avec les barbes d'une plume et l'on en fait aussi quelques frictions autour de l'orbite. Le docteur Arata confirme, par son expérience à l'hôpital de Palerme, les affirmations que nous venons de rapporter. Il a surtout remarqué la tolérance extrême des malades les plus méticuleux pour l'emploi de ce collyre. C'est vraiment merveille, dit-il, que de voir avec quelle facilité s'y soumettent les enfants, dont la répugnance aux instillations oculaires, en

général, apporte tant de difficultés à ce genre de traitement. On n'a pas manqué d'expliquer le succès de cet agent par l'association qu'il renferme de deux principes à propriétés distinctes : l'iode, agissant comme antiscrofuleux, le mercure, comme antiplastique. Nous qui savons que les divers composés iodo-mercuriels n'agissent jamais que comme composés iodurés ou comme composés mercuriels, nous nous bornons à mentionner l'explication. (*Gazz. di Genova* et *Gaz. de Lyon*, août.)

Luxation *complète du pied gauche avec déchirure; irrigations froides; guérison.* Dans les luxations compliquées et les écrasements du pied, doit-on pratiquer l'amputation, ou bien, d'après le précepte d'A. Cooper, s'abstenir de cette opération ? A cette question, mise récemment à l'ordre du jour par la Société de chirurgie, M. le docteur Longy, d'Eygurande d'Ussel, répond par la relation du fait suivant qui milite, ainsi qu'on va le voir, en faveur de cette dernière solution.

Le 4 janvier 1855, M. Longy fut appelé par son collègue M. V*** près du sieur Aillerand, jeune homme de vingt-deux ans, qui venait d'avoir le pied luxé par suite de la chute d'un gros tronc d'arbre dont l'une des extrémités l'avait violemment heurté. Le pied était entièrement renversé en dedans; de manière que l'astragale pendait en bas. L'articulation était largement ouverte, dans une étendue de 6 à 8 centimètres, depuis le tendon de l'extenseur du gros orteil jusqu'à celui du grand péronier latéral. Le ligament annulaire antérieur était presque entièrement déchiré. Les tendons de l'extenseur commun des orteils et du péronier antérieur étaient légèrement éraillés et déjetés de chaque côté de la plaie, à travers laquelle passe l'astragale. Plusieurs faisceaux du muscle pédieux étaient rompus. L'artère pédieuse et les nerfs ont été épargnés. Quelques ramifications de la pédieuse étaient déchirés; mais l'hémorrhagie avait été peu considérable, elle était presque nulle au moment de l'arrivée du chirurgien. La malléole interne était brisée à 3 centimètres environ de son extrémité inférieure. L'état général était bon, le pouls plein et calme. Le médecin ordinaire était d'avis qu'il y avait lieu de pratiquer l'amputation, et il avait appelé son confrère pour pratiquer cette opération. Mais M. Longy ne partagea pas cet avis. Il réduisit immédiatement et avec assez de facilité la luxation ; il réunit aussi bien que possible les bords de la plaie, plaça le membre dans une gouttière et le soumit aux irrigations continues d'eau froide. Voici quels furent les effets de la médication.

Le 5 janvier (deuxième jour), le malade a peu reposé ; la figure est animée; pouls plein, 105 pulsations, soif modérée, pas d'appétit, peu de gonflement et de douleur de la jambe (Une saignée de 500 grammes, deux bouillons, tisane d'orge.)

Le 6 janvier. Deux heures de sommeil pendant la nuit; figure presque naturelle; pouls moins plein, 90; engourdissement de la jambe, pas de selles. (Deux bouillons et un lavement laxatif.)

Le 8, la suppuration commence à s'établir; le pus est de bonne nature; peu de douleurs et de gonflement de la jambe; pouls bon, 85; cinq ou six heures de sommeil pendant la nuit.

Du 9 au 11, même état; il se forme près de la malléole interne un dépôt sanguin.

Le 13, on ouvre l'abcès; il s'écoule un quart de verre de pus sanguinolent. La suppuration de la plaie est de bonne nature et assez abondante; pas de douleur, pas de gonflement.

Le 14 (onzième journée), à trois heures du soir, le malade, qui jusque-là allait bien, éprouve tout à coup, et sans cause connue, un violent frisson pendant une demi-heure; une sueur légère se manifeste, puis tout disparaît.

Le 15, retour d'un nouveau frisson plus intense et suivi d'une sueur plus abondante; altération des traits, conjonctive d'une teinte jaune légère, peau plombée, langue humide et blanchâtre; anorexie complète; pouls petit et faible, 104; suppuration moins abondante et sanieuse; peu de gonflement des parties lésées. (Sirop de quinquina au vin, 30 grammes.) Une cuillerée toutes les heures de la potion suivante :

Quinquina calisaya....	15 grammes.

Faites infuser dans :

Eau..................	200 grammes.

Passez et ajoutez :

Sirop de sucre........	50 grammes.
Acétate d'ammoniaque.	15 grammes.

(Bouillon, tisane vineuse, lavement. Suppression des irrigations.)

Le 16, les symptômes se sont aggravés, le malade est dans un demi-coma; langue légèrement fuligineuse;

suppuration peu abondante et fétide et quelques escarres à la plaie; diarrhée.

Le 17, même état; plus, absence de bruit respiratoire et matité dans les deux tiers inférieurs de la partie postérieure du poumon gauche. (Large vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine.)

A dater du 20 janvier, ces symptômes graves se modèrent.

Le 21, le malade est dans un état beaucoup plus satisfaisant; la suppuration est plus abondante et moins fétide, une escarre se détache, un second abcès en avant du premier est percé.

Le 30, le mieux augmente de jour en jour, les forces reviennent, la plaie est en bon état.

Le 7 février, toutes les escarres sont détachées, les bourgeons charnus sont rosés et de bonne nature.

Le 2 mars, la cicatrisation est complète. Aillerand commence à marcher avec un bâton.

Le malade a été revu au mois de juillet suivant. La pointe du pied était légèrement tournée en dedans; il y avait ankylose presque complète de l'articulation tibio-astragalienne et claudication assez prononcée. Depuis cette époque, Aillerand a joui d'une excellente santé.

Ainsi, malgré les accidents graves d'infection purulente qui ont traversé le travail de réparation, et qui ont pu être attribués ici aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvait le blessé, M. Longy a eu le bonheur d'obtenir la guérison de désordres graves, qui, aux yeux de la plupart des chirurgiens, auraient été considérés comme un cas d'amputation. Les faits de ce genre sont toujours utiles à enregistrer; ils doivent engager à ne pas précipiter la décision d'amputer. (*Union méd.*, juillet 1860.)

Maladies de la peau (*De l'emploi du chlorure de zinc dans le traitement des*). Après avoir employé pendant longtemps le chlorure de zinc, exclusivement à titre de caustique, contre le lupus et quelques affections analogues, lèpre vulgaire, éléphantiasis, tumeurs squirrheuses peu volumineuses, M. Veiel en a étendu l'usage au traitement des ulcères chroniques des jambes, du sycosis, de l'eczéma chronique, etc. Il se sert soit d'une dissolution alcoolique (à parties égales d'alcool et de chlorure de zinc), soit d'une dissolution aqueuse (10 parties de chlorure de zinc et 10 d'acide chlorhydrique pour 500 d'eau), soit enfin du caustique solide en cylindres obtenus par fusion. Avec cette dernière forme, M. Veiel se propose, comme l'universalité des chirurgiens, d'obtenir une action caustique énergique. Il a surtout eu recours à ce moyen dans treize cas de lupus, avec un résultat des plus satisfaisants. L'affection occupait une fois les ailes du nez, six fois la lèvre supérieure, quatre fois la joue, et deux fois l'oreille. Voici comment M. Veiel appliquait le chlorure de zinc :

Lorsque l'épiderme est détruit et remplacé par des croûtes plus ou moins épaisses, on les fait tomber à l'aide de cataplasmes émollients; dans les cas où l'épiderme est intact, on n'applique le chlorure de zinc qu'après avoir préalablement appliqué un vésicatoire, et dénudé ainsi le derme. A l'aide d'un crayon de chlorure de zinc taillé en pointe, on pénètre profondément dans les tissus hypertrophiés ou surmontés de tubercules, de manière à porter le caustique sur tous les points affectés; on continue, en outre, cette opération dans un rayon de 2 à 3 lignes, tout autour de la lésion. Immédiatement après cette opération, la surface criblée de trous, assez analogue à un rayon de miel, laisse suinter un liquide sanguinolent, noirâtre, puis une sérosité d'une couleur moins foncée, qui se concrète, au bout de quelques heures, en une croûte lisse et ferme. Vers le troisième ou le quatrième jour, un pus séreux soulève les bords de cette croûte, et on lui donne issue à l'aide de quelques ponctions. Vers le sixième ou le huitième jour, la croûte se soulève sur ses bords, et peut être détachée par des applications de cataplasmes continuées pendant plusieurs jours. Il est rarement nécessaire de renouveler l'application du caustique plus de trois fois; toutefois, dans les cas où le tissu morbide a une grande épaisseur, il faut y revenir beaucoup plus souvent. Lorsque la surface suppurante, qui succède à la chute des escarres, ne présente plus aucun bourgeon de mauvaise nature et s'est élevée au niveau des parties saines, on la recouvre de cataplasmes pendant quelques jours, puis on la touche légèrement avec la solution alcoolique de chlorure de zinc tous les trois ou quatre jours. Lorsque les bords commencent à se rétracter, on substitue la solution aqueuse à la solution

alcoolique, et on continue à appliquer cette solution jusqu'à guérison complète. Le temps nécessaire pour obtenir ce résultat dépasse rarement trois ou quatre mois.

M. Veiel se sert avec avantage de la solution alcoolique de chlorure de zinc pour guérir l'eczéma invétéré des paupières, des lèvres, des parties génitales, du pourtour de l'anus. La solution aqueuse guérit quelquefois des cas d'*eczema solare* ou *impetiginodes* qui ont résisté à tous les moyens usuels. La solution alcoolique enlève aisément les indurations qui restent parfois, à la suite du psoriasis, au coude, sur le dos et aux cuisses; il faut seulement, pour l'appliquer dans ces cas, avoir soin de faire disparaître les écailles qui recouvrent les points indurés. Il y a une forme de *psoriasis palmaris*, accompagnée d'indurations verruqueuses, douloureuses, qui ne cède qu'au chlorure de zinc solide, que l'on emploie après avoir préalablement enlevé l'épiderme à l'aide d'un vésicatoire. La solution aqueuse est très-utile dans les cas de sycosis et de favus, après dépilation préalable. Enfin M. Veiel l'a trouvée très-utile dans certaines formes d'acné et d'excroissances verruqueuses de nature suspecte, affectant le nez, les joues ou les lèvres. (*Zeitschrift der Gesellschaft der Aertze zu Wien*, 20 février, et *Arch. de méd.*, août 1860.)

Pneumonie (*Du traitement de la) par l'acétate neutre de plomb.* Le sucre de Saturne a été employé en Allemagne, contre certaines pneumonies, par Burckhardt et Ritscher. Ces médecins y recouraient dans les cas où les saignées, le tartre stibié et le nitre avaient échoué. M. Strohl a d'abord suivi les mêmes errements; puis, peu à peu, il est arrivé à prescrire l'acétate de plomb dès le début d'une pneumonie aiguë, et à le prescrire exclusivement, qu'il s'agisse d'un adulte, d'un enfant ou d'un vieillard, et cela avec des résultats qui l'encouragent de plus en plus, dit-il, à persévérer dans cette voie.

M. Strohl est sobre d'émissions sanguines générales. Quand il y a pléthore, forte congestion sanguine, il saigne une fois, rarement deux; hors de là, il se borne à faire appliquer quelques ventouses scarifiées ou quelques sangsues. Dès le début, il donne l'acétate de plomb à doses assez élevées, de 25 à 35 centigrammes, et il va parfois jusqu'à 50 centigrammes. Le pouls ne tarde pas à baisser de 10 à 15 pulsations, il tombe même quelquefois au-dessous du chiffre normal. Les symptômes locaux continuent d'abord à s'étendre; le souffle persiste, il augmente même; les râles crépitants semblent gagner en force et en étendue; mais bientôt le malade éprouve une sensation de bien-être: la résolution commence à s'opérer. Dès ce moment, dès que les symptômes locaux s'améliorent, M. Strohl suspend l'administration du sucre de Saturne; le travail de résolution achève de s'accomplir tout seul. La convalescence se déclare au bout de cinq, six, huit, quelquefois douze jours de traitement; cette convalescence est bien franche; l'appétit se fait ressentir avant que la résolution soit complète, et les forces ne tardent pas à se rétablir.

Chez les enfants, même très-jeunes (de six à huit mois), et chez les vieillards, l'acétate de plomb donne des résultats tout aussi satisfaisants, même dans les cas les plus difficiles. Cet agent thérapeutique a encore réussi à M. Strohl dans quelques cas de pneumonies secondaires, sur des sujets phthisiques, ou de pneumonies venant compliquer le cours des fièvres typhoïdes; toutefois, dans ce dernier cas, l'auteur n'a pas par devers lui les résultats d'une expérimentation assez multipliée pour se prononcer d'une manière absolue.

Voici en quels termes M. Strohl s'exprime relativement aux avantages du traitement de la pneumonie par l'acétate de plomb, comparé au traitement par les saignées copieuses et répétées, par les antimoniaux, par la digitale, la vératrine, etc.: « Il est au moins tout aussi prompt en ses résultats heureux, il ménage les forces du malade; il peut être toujours employé, même malgré la coïncidence de quelque autre état maladif. La convalescence ne se fait pas attendre, et jamais je n'ai vu d'accidents être la suite de l'administration de ce médicament. Ce n'est pas à dire que je n'aie pas subi des insuccès, mais ils ont été plus rares que ceux qu'enregistre le traitement classique. » (*Gazette médicale de Strasbourg*, n° 5, 1860.)

Prostate. *Son volume chez les vieillards; influence de cette hypertrophie sur la fonction urinaire.* M. Messer a pu vérifier l'état de la prostate sur le cadavre de cent individus âgés de plus de soixante ans,

qu'il avait observés vivants. Le poids normal de la prostate étant de près de 16 grammes, il l'a trouvé supérieur chez trente-cinq sujets. Ces trente-cinq sujets, divisés, selon leur âge, en trois classes, un minimum de soixante ans, un maximum de quatre-vingt-sept ans et une moyenne de soixante-quinze ans, ont donné, quant au poids de la prostate, une moyenne de 24 grammes pour la première classe, de 190 grammes pour la seconde, et de 60 pour la troisième.

Les lobes latéraux sont le plus fréquemment hypertrophiés. Dix-neuf fois seulement l'hypertrophie portait sur le lobe supérieur; et encore les latéraux y avaient-ils participé; dans un seul cas, le lobe postérieur était exclusivement hypertrophié.

L'augmentation de volume de la prostate est due principalement à l'accroissement de son tissu fibreux; le tissu glandulaire y concourt aussi, mais dans une faible proportion. Le tissu fibreux de nouvelle formation est déposé en couches concentriques et forme des tumeurs circonscrites. Ce dernier mode d'hypertrophie est plus fréquent; il existait dans 27 cas sur 35 : les 8 autres ne présentaient pas cette forme de tumeurs.

Un fait remarquable est la rareté des lésions de la fonction urinaire, même avec les hypertrophies prostatiques les plus considérables. M. Messer calcule que 10 sujets seulement, sur 1600 hypertrophiés, demandent les secours de la chirurgie. Parmi ceux qu'il a pu observer durant la vie, il compte des hypertrophies de 32 grammes avec tuméfaction proéminente du lobe postérieur, une de 76 grammes, une autre de 104 grammes, sans que les sujets en eussent souffert. (*Royal med. Soc.* et *Gaz. hebdomad.*, juin.)

Ptérygion. *Cure radicale.* Il n'y a qu'un seul moyen d'obtenir la cure radicale du ptérygion, c'est l'ablation. Quel est le meilleur procédé? M. le professeur Jobert, après les avoir tous essayés, condamne ceux par lesquels on n'enlève pas complétement les vaisseaux dilatés; il a fixé son choix sur l'opération mise en pratique par Petit, de Lyon, et préconisée depuis par M. Riberi.

Voici de quelle manière il y procède :

Une fois le ptérygion soulevé, il fait passer au-dessous une anse de fil qu'il lie et à l'aide de laquelle il devient tout à fait maître du réseau vasculaire; il introduit alors la lame du bistouri, et dissèque la base du ptérygion; il ne faut pas craindre d'aller jusqu'à la cornée lorsqu'elle est obscurcie. Après l'extirpation totale, il faut cautériser la surface saignante, ou au moins la modifier profondément à l'aide de collyres. (*Rev. de Thérap. médic -chirurg.*, août 1860.)

VARIÉTÉS.

M. le professeur Duméril, dont une haute distinction est venue récemment récompenser les longs et éminents services dans l'enseignement, vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-six ans. Ses obsèques ont eu lieu avec une grande pompe et au milieu d'un grand concours de savants et d'amis. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par MM. Milne Edwards, Is. Geoffroy Saint Hilaire et Valenciennes, au nom de l'Institut et du Muséum; par M. Piorry, au nom de l'Académie de médecine; par M. Cruveilhier, au nom de la Faculté : et par M. Laboulbène, au nom de la Société d'entomologie.

Nous avons également à regretter la perte d'un des médecins les plus honorables de Paris, M. le docteur Collineau, médecin de Saint-Lazare, membre de l'Académie de médecine et membre honoraire de la Société de médecine du département de la Seine, qui a succombé le 14 de ce mois dans sa soixante-dix-huitième année.

Par divers décrets ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : — *Au grade de commandeur :* MM. J. Cloquet, Ricord, Vaillant, président du Conseil de santé, Maher, directeur du service de santé à Rochefort; — *Au grade d'officier :* MM. Lecanu, J. Guérin, Foucart, Robert, Tardieu, Dulac, médecin-major en retraite; Forteau, médecin-major; Dobbé, *id.*; Brousmiches, chirurgien principal de la marine; Roux, 1er pharmacien en chef; Goffres, médecin principal; Costé, médecin-major; Leroy, *id.*; Lehelloco; — *Au grade de chevalier :* MM. Laboulbène, Gorvel, médecin aide-major en re-

traite, Fautin (de Melun), Bruneau (de Valenciennes), David, aide-major, Chasles, *id.*; Martin, médecin-major, Spilleux, *id.*; Delaporte, Marie, ancien chirurgien de marine; Gonzian, *id.*; Jonon, chirurgien de la marine; Vastel-Lemarié, *id.*; Tassy, *id.*; Girard La Barcerie, *id.*; Dutenil, *id.*; Guzent, pharmacien; Bellanger, vétérinaire; Lepeut, *id.*; Desportes, J. Guyot (de Sillery), Lefebvre (d'Yvetot), Vingtrinier (de Rouen), Marturé, médecin-major; Bouchéry, *id.*; Béchade, *id.*; Mirasson, aide-major; Moufflet, chirurgien de la marine; Léger, pharmacien-major; Dupuy, *id.*; Charvet, vétérinaire; Santy, médecin sanitaire; Houssard (d'Avranches), Lespès (de Saint-Sever), de Puisaye, de Crouseilles, Amstein (de Mézières), Dubois-Quillet (d'Amiens), Mahu (de Metz), Mascarel (de Châtellerault), Oulmont, Tuurnier, Trouard-Riolle (de Dieppe), Béraud, aide-major; Lemichel, vétérinaire; Desplas, *id.*; Mignot, *id.*; Léoncini, médecin de la marine; de Agostini, *id.*; Benoît (de Montpellier), Stœser, de Strasbourg; Pajot, Herpin (de Tours), Leudet (de Rouen).

Dans la séance de l'Académie de médecine du 14 août, M. Gosselin a été nommé membre de l'Académie par 47 voix sur 61 votants; M. Richet a obtenu 10 suffrages, M. Broca, 3, et M. Follin, 1.

Le concours qui vient d'avoir lieu pour trois places de professeurs agrégés près la Faculté de médecine de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Marc Sée et Liégeois pour l'anatomie et la physiologie, et de M. Lutz pour la chimie.

Concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire. —Un programme, en date du 3 avril 1860, détermine les conditions à remplir par les candidats aux emplois d'élève du service de santé militaire à l'École instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg.

Comme modification à ce programme, il pourra être admis aux concours qui s'ouvriront à Strasbourg, Bordeaux, Toulouse, Montpellier, Lyon et Paris, les 26 septembre prochain, 8, 11, 14, 17 et 22 octobre suivant, des candidats qui, ne possédant encore aucune inscription aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, ou aux Facultés de médecine, seraient en état de prendre leur première inscription.

Les conditions d'admission de ces candidats aux concours dont il s'agit sont les suivantes :

1° Être né ou naturalisé Français;

2° Avoir, au 1er janvier 1861, moins de vingt et un ans révolus;

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins; elle pourra être vérifiée, au besoin, par l'inspecteur du service de santé qui présidera le concours d'admission;

4° Être pourvu du diplôme de bachelier ès sciences complet, ou des diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint;

5° Souscrire un engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement des études préparatoires et complémentaires;

6° Avoir satisfait aux épreuves ci-après indiquées :

I. Composition sur un sujet d'histoire naturelle;

II. Interrogations sur la physique et la chimie dans leurs parties afférentes aux sciences médicales.

Les candidats admis à l'École de Strasbourg y resteront quatre années pour arriver, avec le grade de docteur, à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Toutes les autres conditions énumérées au programme précité du 3 avril sont imposées aux candidats sans inscriptions, lesquels peuvent être appelés, selon leur position de famille, à jouir des avantages que ce programme fait également connaître.

A l'avenir, le recrutement de l'École de Strasbourg n'aura plus lieu que par des élèves d'une catégorie identique à celle à laquelle le présent programme modifié fait appel.

Paris, le 23 juillet 1860.

L'amiral ministre secrétaire d'État de la marine, chargé par intérim du département de la guerre, Hamelin.

Pour les articles non signés, E. Debout.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur l'action des dérivatifs et des révulsifs dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Par M. CH. FREMY, médecin de l'hôpital Beaujon.

Dans un travail qui traite de l'*influence étiologique de la constipation sur la fièvre typhoïde*, j'ai fait voir qu'un certain nombre d'individus pouvaient contracter cette grave maladie par l'effet de causes qui n'avaient point encore été suffisamment appréciées. Dans la classe aisée de la société, où les conditions hygiéniques sont excellentes, on rencontre fréquemment des individus atteints de la manière la plus sérieuse par la fièvre typhoïde, sans qu'il soit possible d'invoquer pour ces sujets l'influence généralement constatée des causes qui, dans cette affection, viennent ordinairement empoisonner le sang. L'air que ces personnes respirent est ordinairement pur, les quartiers et les appartements qu'elles habitent sont vastes et aérés, le séjour qu'elles font dans les grandes villes est de courte durée, les aliments dont elles font usage sont de bonne qualité.

L'empoisonnement du sang se fait donc d'une tout autre manière chez ces personnes; c'est par la muqueuse de l'intestin que sont absorbées les matières liquides ou gazeuses destinées à être éliminées; le séjour prolongé dans l'intestin de ces matières septiques favorise singulièrement cette absorption et vient en outre produire des accidents d'entérite. Cet empoisonnement particulier du sang d'un côté, et les accidents d'inflammation de la muqueuse intestinale de l'autre, sont les états anatomo-pathologiques qui constituent la maladie appelée de nos jours *fièvre typhoïde, fièvre muqueuse, dothinentérite*, etc., etc.

On sait, en outre, que l'empoisonnement du sang peut se faire, pendant la durée de la fièvre typhoïde, au moyen des ulcérations qui sont baignées constamment par des liquides de la nature la plus infectieuse.

C'est là un des grands dangers auxquels le malade est exposé pendant le cours de l'affection qu'il subit. De là le précepte si judicieusement formulé par MM. Delarroque et Beau, de nettoyer le plus souvent possible ces sortes de *latrines vivantes;* les purgatifs, en modifiant d'une manière avantageuse la nature de cette inflammation, ont en outre pour but d'empêcher l'absorption de produits

éminemment infectieux. Le séjour prolongé des matières fécales dans l'intestin étant une des causes qui peuvent engendrer la fièvre typhoïde, le premier point est d'empêcher cette cause d'exister et de produire les désordres redoutables que l'on observe tous les jours.

Dans ces circonstances, le médecin peut rendre beaucoup plus de services s'il arrive à prévenir le mal, en évitant les causes et les influences de maladie, que s'il n'est appelé qu'à réparer des désordres souvent bien graves et quelquefois, dans ces cas, au-dessus des ressources de l'art.

Il faut se rappeler en premier lieu qu'une décharge périodique des intestins est naturelle et nécessaire dans l'état ordinaire de santé ; les évacuations alvines devront être proportionnées, toutes choses égales d'ailleurs, à la quantité des matières digérées contenues dans le tube intestinal.

Si les intestins se trouvent surchargés de matières indigestes ayant provoqué des sécrétions irritantes, si l'évacuation de ces matières ne s'effectue pas, soit par l'action de l'intestin, soit par l'effet d'une sécrétion muqueuse ou séreuse plus considérable, la première indication est d'empêcher ces matières, si évidemment malfaisantes, de séjourner plus longtemps sur la surface de la muqueuse intestinale, où l'absorption de ces produits ne peut être que dangereuse.

Le choix du purgatif importe peu dans cette question : le but qu'on doit se proposer est d'éliminer facilement et aussi complétement que possible des matières destinées à être évacuées.

Il est très-certain que les sels purgatifs de soude ou de magnésie, l'huile de ricin dans certains cas et, selon les indications, un éméto-cathartique ou un purgatif drastique peuvent être employés pour arriver au but qu'on se propose ; le choix devra porter de préférence sur l'aloès ou la coloquinte, si l'on ne veut agir que sur le gros intestin ; d'autres purgatifs, comme le calomel et peut-être la magnésie, auront plus d'action sur l'intestin grêle et détruiront la complication d'embarras gastrique qui accompagne la constipation prolongée. La rhubarbe semble avoir une action spéciale sur l'estomac et le duodénum.

Il est une autre indication sur laquelle il me paraît important d'appeler l'attention des praticiens, je veux parler de l'emploi irréfléchi et général des opiacés et des astringents employés pour la guérison de certaines diarrhées.

La structure et les fonctions de l'intestin grêle sont tellement différentes de celles du gros intestin, qu'il est évident que la diarrhée bilieuse ou séreuse commence toujours à la partie supérieure du

canal, tandis que la diarrhée muqueuse des dysentériques en affecte la partie large ou inférieure.

Maintenant, si, dans un tel état de choses, le désordre fonctionnel est attribué par erreur à une atonie particulière des intestins, et si le malade est traité par les astringents, les absorbants, les opiacés, etc., ou bien les accidents persistent malgré les remèdes, ce qui s'observe fréquemment; ou bien l'évacuation des principes morbifiques étant empêchée par les médicaments, le poison est absorbé et passe dans le sang, où il produit des accidents bien autrement graves...; c'est pour cela qu'il faut se garder, dans certaines formes bilieuses de choléra, d'administrer imprudemment des astringents trop énergiques. Beaucoup de médecins, guidés par les indications que l'on doit toujours écouter dans les formes si diverses de cette affection, ont administré les vomitifs (l'ipéca), ou certains purgatifs (calomel, magnésie, rhubarbe), et de nombreux succès ont été la conséquence de ce traitement si bien appliqué à certaines formes de la maladie.

Pour mon compte, il m'a été souvent on ne peut plus utile dans un grand nombre de cas de choléra, alors que les accidents de diarrhée et de vomissements étaient calmés, d'administrer avec avantage, vers la fin de la maladie, des sels magnésiens, pour achever une guérison que la présence de la bile dans l'intestin retardait indéfiniment.

L'administration de ces purgatifs, qui effrayent toujours les malades et souvent aussi les médecins, avaient l'immense avantage de préserver d'accidents typhoïdes les malades dont la vie se trouvait encore une fois menacée, et cela au moment où l'on pouvait les croire hors de tout danger.

Dans ces cas, les selles sont toujours franchement bilieuses, verdâtres, qu'elles aient lieu par l'estomac ou par l'intestin. Les indications dans ces circonstances sont tellement positives, que le médecin ne peut être effrayé de provoquer de nouvelles évacuations qui viennent en définitive déterminer la guérison du malade.

L'état saburral de la langue, la répugnance pour les moindres aliments, un sentiment de plénitude au creux de l'estomac et dans l'abdomen, de la céphalalgie, de la fièvre, telles sont les principales indications qui doivent guider le médecin dans l'administration opportune de purgatifs destinés à éliminer des matières si dangereuses dans leur absorption.

Parmi les nombreuses causes de diarrhée, il en existe peu qui, au premier abord, réclament de suite un traitement astringent. La

diarrhée est si souvent provoquée par des matières destinées à être éliminées, soit bile, suc pancréatique, sécrétions intestinales acides ou alcalines, soit matières mal digérées et composées d'aliments solides ou liquides, soit par ingestion d'un poison spécifique (matières animales putrides), par l'action enfin des maladies de l'intestin (typhus, dyssenterie), qu'il est possible d'affirmer que, dans la plupart des cas, il y a intérêt à expulser ces produits dangereux par le fait seul de leur séjour dans l'intestin. Est-il nécessaire, dans tous les cas où l'indication de la méthode évacuante paraît bien positive, de purger à outrance et d'administrer invariablement tous les jours, comme je l'ai vu faire, une certaine quantité d'eau de Sedlitz?

Beaucoup de praticiens pensent que, dans ces cas, il faut faire prendre le plus souvent possible des purgatifs jusqu'à ce que les matières cessent d'avoir cette odeur infecte qui caractérise les déjections des typhiques, et jusqu'à ce que ces matières n'aient plus cette coloration noirâtre qui prouve combien le sang est vicié dans cette affection. Nous devons dire que la plupart du temps on a raison d'agir de la sorte, et qu'il y a intérêt pour le malade à être ainsi purgé jusqu'à ce que les matières fécales n'aient plus d'odeur, et jusqu'à ce qu'elles soient devenues blanches ou tout à fait muqueuses. Mais cependant je pense qu'il serait véritablement fâcheux de ne se point laisser guider, dans l'emploi raisonné du purgatif, par les indications qui peuvent se présenter dans les différentes périodes de l'affection. En ne suivant pas ces indications que le médecin un peu habile peut saisir avec avantage, cette méthode de purgations, coup sur coup, presque toujours avantageuse au début de la maladie (et tellement, qu'elle peut dans certains cas faire avorter le mal), cette méthode, dis-je, aurait plus tard l'immense inconvénient d'entretenir l'inflammation de la muqueuse et d'augmenter ainsi la durée toujours si fâcheuse de l'affection. Un purgatif donné d'une manière intempestive pourrait déterminer trop rapidement la chute des escarres, empêcher la cicatrisation des ulcérations et produire des hémorrhagies intestinales, dont on a certainement peut-être un peu exagéré le danger, mais qui néanmoins peuvent en vingt-quatre heures, dans les fièvres typhoïdes même les plus bénignes, tuer les malades qu'on pouvait considérer en convalescence.

Je pense que si, dès le début, il ne faut pas craindre de débarrasser rapidement l'intestin des matières putrides, bilieuses ou autres qu'il renferme, plus tard il deviendra prudent de se laisser guider par des indications provenant de la marche, de la forme et de la nature de l'affection.

Un purgatif huileux a été toujours avantageux pour le malade chez lequel on voit les muqueuses et la langue se dessécher, lorsque les évacuations deviennent rares et bilieuses, lorsque la fièvre se rallume. Dans ces cas, le lendemain du purgatif, la langue est humide, la fièvre est moins forte et le malade a conscience de l'amélioration que la purgation a produite. Dans la convalescence même, alors que l'appétit se perd ou ne vient pas franchement, un purgatif suivi de l'administration d'une infusion amère suffit pour faire disparaître des désordres qui peuvent devenir une cause de récidive. Je suis heureux, dans cette occasion, de me trouver en communauté d'idées avec un médecin distingué de Mortagne, M. le docteur Ragaine, qui, dans un mémoire remarquable présenté à l'Académie de médecine, sur une épidémie de fièvres typhoïdes observée dans le département de l'Orne, a pu constater que, même pendant les convalescences, la constipation ramenait la plupart des désordres qu'il avait combattus. « Certains accidents se renouvelaient-ils pendant le cours de la maladie (dit M. Ragaine), c'était en général dans les organes digestifs qu'il fallait en chercher la cause et le point de départ : souvent, en effet, même sans que le malade commît d'imprudences dans son régime alimentaire, le pouls reprenait de la fréquence, la peau sa sécheresse; la digestion, d'abord laborieuse, se suspendait complétement; ou bien l'appétit, d'abord très-prononcé, était tout à coup remplacé par une inappétence complète, par des douleurs siégeant dans la région ombilicale, principalement par une *constipation opiniâtre*. Enfin, il survenait un état saburral très-caractérisé qui, s'il n'était pas combattu, ramenait en peu de jours des désordres considérables, et qui, au contraire, cédait comme par enchantement à un ou deux laxatifs. Aussi, dans ces circonstances, la faiblesse du malade ne nous a-t-elle jamais fait reculer devant l'administration de quelque léger purgatif! »

La difficulté la plus sérieuse consiste à saisir le point où les purgatifs doivent être administrés, alors surtout que le malade se trouve au point de transition de la convalescence à la maladie.

Cette difficulté ne peut être levée que par l'habileté et l'expérience du médecin.

Dans les cas où des contre-indications puissantes viendraient s'opposer d'une manière sérieuse à l'administration du purgatif, on peut avec avantage remplacer ce moyen par l'usage de lavements laxatifs qui, dans cette circonstance, suffisent pour provoquer des garde-robes. Il est à remarquer du reste que la muqueuse du gros

intestin est rarement offensée de l'influence des lavements purgatifs.

Ajoutons enfin que, selon les observations de M. Beau, les accidents ataxiques, chez les malades purgés à outrance, sont ordinairement très-rares, et que la mortalité est d'autant plus grande que les sujets résistent davantage à l'action des purgatifs.

Si l'action et la nécessité des purgatifs dans le traitement de la fièvre typhoïde est un fait bien établi dans l'état actuel de la science, il ne faut pas perdre de vue qu'en agissant ainsi, on n'est parvenu à enlever de la maladie qu'une seule des causes qui la rendent si dangereuse. Par cette méthode, l'absorption des matières septiques est interrompue ; elle se fait d'une manière incomplète, si elle a lieu. Les ulcérations de la muqueuse intestinale sont moins longtemps baignées par ces produits infectieux, la nature même de ces surfaces enflammées et ulcérées est modifiée d'une manière avantageuse ; mais l'inflammation de la muqueuse de l'intestin persiste, les plaies se guérissent lentement ; cette inflammation particulière tend à en former d'autres, et le malade est encore dans un grand danger.

M. le professeur Bouillaud, seul peut-être de nos jours, a cherché à combattre directement ces phénomènes d'inflammation par des saignées générales et locales largement employées. Il ne faut pas se dissimuler que si le professeur de la Charité a pu compter par cette méthode un certain nombre de succès, il y a des cas où l'emploi des antiphlogistiques est inapplicable ; et nous pouvons ajouter que, la plupart du temps, les évacuations sanguines qui, lorsqu'on les met en usage, doivent être largement et copieusement faites, ne peuvent en aucune façon remédier à l'une des manifestations les plus dangereuses de la fièvre typhoïde ; je veux parler de l'empoisonnement du sang sur lequel M. le professeur Bouillaud a fait, concurremment avec M. Gaspart, des expériences si concluantes.

Il est d'autres moyens qui peuvent agir avec autant d'efficacité, et dont l'emploi m'a donné, dans un grand nombre de cas de fièvres typhoïdes graves, des succès parfois inespérés ; ces moyens, destinés à combattre cette inflammation de la muqueuse intestinale, inflammation si grave par son étendue, par sa tendance ulcérative et par sa situation en dehors de l'action directe des agents thérapeutiques, consistent dans l'emploi des dérivatifs appliqués à une période de la maladie, où leur action est bien plus énergique et certaine que lorsqu'on attend, pour les mettre en usage, que la vie des malades soit tout à fait en danger. A ce moment, en effet, et dans la der-

nière période du mal, la bataille est presque perdue ; en vain vous cherchez à alimenter le malade, à soutenir ses forces épuisées par la longueur de la maladie ; en vain vous voulez soutenir la vie qui échappe par des toniques puissants, en faisant ingurgiter au malade des masses de quinquina que vous retrouverez entières, encombrant l'intestin qui a cessé de fonctionner depuis longtemps.

Les dérivatifs eux-mêmes, les vésicatoires, dont l'action énergique se fait encore à peu près sentir, ne servent plus qu'à prolonger les souffrances des malades, sans pouvoir les sauver.

Les agents irritants, puissants dérivatifs, destinés à déplacer le centre d'une fluxion fixée sur un organe important, ne doivent plus être employés au moment où la désorganisation du tissu affecté est opérée.

Que voulez-vous que fasse un vésicatoire appliqué sur le thorax, au moment où la pneumonie est arrivée au troisième degré, où des abcès se forment dans le poumon ?

Vous n'attendez jamais et avec raison cet instant pour compter sur l'action de ce vésicatoire, et, après avoir employé les moyens thérapeutiques qui peuvent le plus rapidement juguler la maladie (tartre stibié, ventouses, saignées, etc.), vous faites dans les vingt-quatre heures, quelquefois tout de suite, appliquer un vésicatoire dont l'action dérivative met, en quelques heures, un temps d'arrêt dans l'invasion et l'extension du mal et ne tarde pas à le faire rétrograder.

Le même effet se produit dans la pleurésie, dans la péritonite, etc., etc.

L'action des vésicatoires appliqués aux jambes, et par conséquent agissant comme moyens révulsifs dans les maladies graves, ne peut être douteuse pour aucun médecin ; à quelque période de la maladie qu'ils aient été employés, leur action a été toujours salutaire. Si malheureusement ce moyen a été prescrit tardivement, quelquefois le malade a pu être sauvé, et, dans tous les cas, sa vie prolongée d'une manière notable. C'est ce qu'on a pu obtenir, dans d'autres circonstances, en appliquant au moment de l'agonie des rubéfiants énergiques sur la poitrine, sur le creux de l'estomac, et, dans ces cas, on a pu réveiller évidemment la vie qui s'échappait.

Conseillés par les anciens dans les affections graves seulement, les vésicatoires ont été beaucoup trop négligés par les modernes. Sydenham les préconisa dans la fièvre épidémique qu'il eut à traiter de 1674 à 1685, et contribua puissamment à en rendre l'usage familier. Freind (*De vesicantibus*) popularisa ce genre de plaie et alla même jusqu'à croire qu'une fièvre violente ne peut guérir sans

son intervention. — Quelques auteurs, entre autres Baglivi [1] (*De usu et abusu vesicantium*), s'élevèrent contre l'emploi des vésicants et arrivèrent à n'employer ce moyen de traitement que dans les cas désespérés. De là l'espèce de terreur que le nom seul de *vésicatoire* produit encore chez quelques personnes.

Les vésicatoires exercent des effets locaux et généraux toujours favorables; tandis que l'action locale est avantageuse en produisant un centre de fluxion et par conséquent une dérivation énergique, l'action générale, en excitant tous les systèmes, en ravivant l'action de tous les tissus, augmente l'énergie des fonctions et produit un effet tonique général des plus avantageux.

Il n'est donc pas douteux qu'employés à une période plus favorable, alors que leur action peut être plus vive et plus continue, alors surtout que les désorganisations qui doivent inévitablement se manifester sur la muqueuse intestinale et sur d'autres organes n'ont pas produit des effets contre lesquels l'art devient impuissant, il n'est pas douteux, dis-je, que les chances de succès sur lesquels on peut compter par l'emploi de ces moyens énergiques doivent être bien autrement considérables. Il est généralement facile de voir, dès les premiers symptômes des fièvres typhoïdes, si la maladie doit être grave, si elle doit durer quelque temps et quelle forme elle doit affecter. C'est dès le début, c'est alors que le pronostic a pu se former d'une manière certaine et, à plus forte raison, dès que les accidents typhoïdes prennent de suite toute leur gravité, que je n'hésite pas tout d'abord à employer des agents énergiques de révulsion et à faire appliquer aux jambes les vésicatoires qui, plus tard, seraient loin d'avoir l'effet avantageux qu'il m'a toujours été permis de constater. Cet effet est tel, que dans plusieurs cas la maladie a paru avoir été enrayée dans sa marche, que le lendemain de cette application une amélioration sensible dans l'état du malade a été constatée et qu'enfin la maladie a pu dans certains cas se terminer en quelques jours d'une manière favorable. Dans plusieurs observations, cette remarque a été faite de manière à ne laisser aucun doute, et plusieurs malades qui avaient été soignés par mon interne, M. Dayot, ont pu le convaincre des résultats que j'avais prévus et constatés dans un grand nombre de cas.

Mais le plus ordinairement la maladie n'est pas arrêtée dans sa

---

[1] Baglivi exerçait la médecine en Italie; l'application des vésicatoires dans les climats chauds produit des accidents fréquents d'irritation, circonstance qui avait fait exagérer à ce médecin leurs inconvénients.

marche ; la fièvre typhoïde a subi seulement dans ses symptômes une modification favorable ; c'est alors que j'emploie des agents de dérivation dont l'action plus énergique vient combattre le mal là où il menace la vie du malade. Je fais appliquer sur toute l'étendue de la paroi abdominale antérieure, soit une couche d'huile de croton-tiglium, soit une pâte faite à l'hôpital avec le cérat et la poudre de cantharides, soit un large vésicatoire ; des embrocations avec la pommade ammoniacale ou stibiée peuvent encore être pratiquées de la même manière.

Un fait intéressant, que j'avais observé il y a quelques années ; les remarques signalées par tous les médecins sur l'action favorable des moyens dérivatifs appliqués par l'homme de l'art ou se développant par le fait de la maladie ; l'amélioration toujours notable qui se manifeste chez les malades lorsque, dans le cours de l'affection, il se produit des phénomènes critiques ou autres à la peau, soit des sueurs, soit des taches rosées, lenticulaires, en grande quantité, soit des éruptions d'une autre nature ; toutes ces observations m'ont porté à mettre en usage ces agents dont l'action m'a donné jusqu'à présent, et cela depuis plusieurs années, des succès dans des cas presque désespérés.

L'observation dont je veux parler est celle d'une jeune personne de vingt-deux ans, qui fut affectée en ville d'une fièvre typhoïde grave à forme ataxo-adynamique. Je conseillai les évacuants et, comme je le fais constamment, l'application sur l'abdomen de cataplasmes arrosés de vinaigre camphré. La maladie ne fut nullement modifiée dans sa marche, et, vers le quinzième jour, la malade semblait être dans un état désespéré, lorsque je m'aperçus que sur la peau de la paroi abdominale antérieure, soit sous l'influence du vinaigre camphré, soit par le fait du mal, une multitude de petites escarres s'étaient développées et avaient évidemment produit une dérivation que je respectai et à laquelle j'attribuai le mieux qui se produisit chez ma malade. Cette jeune fille guérit.

Quand les escarres au sacrum apparaissent à une période peu avancée de la fièvre typhoïde, il ne faut pas croire, comme on pourrait le supposer, que cet accident soit constamment d'une fâcheux augure ; il n'est pas douteux que c'est une des manifestations les plus graves de la maladie, attestant que l'empoisonnement typhoïde a atteint son plus haut degré d'infection ; mais ce signe est d'autant plus fâcheux qu'il paraît à la fin de l'affection, qu'il se développe également sous une autre influence, et alors que les forces du malade ne permettent plus qu'il puisse agir comme agent de

révulsion. S'il est possible d'empêcher, à l'aide de fortes cautérisations, l'extension de ces escarres, lorsqu'elles se sont produites au premier ou deuxième septénaire de la maladie, la marche de l'affection a pu être enrayée complétement sous l'influence de cette manifestation. C'est ce qui arriva chez une de mes malades (salle Sainte-Paule, n° 18), dont je rapporte l'observation.

Cette fille, allemande, d'une magnifique constitution, fut apportée à l'hôpital dans un état général des plus alarmants et qu'il fut facile d'attribuer à une fièvre typhoïde paraissant remonter à quelques jours seulement. (Cette fille ne comprenant pas le français, il fut difficile d'avoir des détails exacts sur les circonstances qui avaient accompagné le développement de la maladie avant son entrée à l'hôpital.) Trois ou quatre jours après son arrivée, on s'aperçut que les parties génitales externes étaient le siége d'ulcérations qu'on rattacha d'abord à une cause syphilitique; mais le lendemain, de nouvelles escarres couvraient la partie externe des cuisses, gagnèrent l'anus, dénudèrent profondément le coccyx et ne furent arrêtées dans leur marche que par de fortes cautérisations faites avec le fer rouge. Ces plaies, de mauvaise nature, qui nous firent porter sur l'issue de la maladie le pronostic le plus défavorable, parurent au contraire en modifier avantageusement la marche. Les symptômes typhoïdes si graves s'arrêtèrent, et en quelques jours disparurent complétement; la malade put être alimentée rapidement, et sa guérison ne fut retardée que par la chute des énormes escarres produites par la cautérisation.

L'action des agents de dérivation directement appliqués sur la paroi abdominale antérieure a été dans tous les cas constamment favorable, à quelque moment de la maladie qu'ils aient été employés, et je dois dire que je n'en ai fait usage que dans des cas de fièvres typhoïdes des plus graves et après avoir employé de prime abord les révulsifs cutanés, c'est-à-dire les vésicatoires aux jambes. Il était à craindre que, dans ces circonstances, l'action des cantharides ne vînt produire un fâcheux effet sur la vessie et former une complication qui pouvait être gênante; rien de semblable ne s'est présenté, et je ne pense pas que ce puisse être une contre-indication dans l'emploi de ce moyen, car il y a intérêt, dans ces cas graves, à stimuler au contraire l'action de la vessie dont l'activité musculaire se trouve bien souvent plus ou moins paralysée.

Il est, dans tous les cas, bien préférable d'employer l'huile de croton-tiglium, à la dose de 1 à 2 grammes, en badigeonnage soir et matin, jusqu'à ce que l'éruption se produise. Cette manifestation

révulsive n'est pas douloureuse pour le malade qui, le plus ordinairement, ne s'en aperçoit pas. L'éruption pustuleuse qu'elle développe n'est pas sujette à faire naître des accidents de gangrène. Je n'ai du reste employé d'autres agents que lorsque j'ai voulu obtenir avec certitude un effet rapide que l'huile de croton-tiglium ancienne, falsifiée ou mal préparée, ne donne malheureusement pas toujours. Dans aucun cas, je n'ai pu constater d'action purgative bien manifeste, par suite de l'application de cette huile, qui ne détermine cet effet que lorsqu'on en facilite l'absorption en l'additionnant d'une certaine quantité d'huile émulsive.

A quel moment convient-il d'agir dans la fièvre typhoïde à l'aide des révulsifs et des dérivatifs cutanés ?

Aussitôt que le pronostic d'une fièvre typhoïde me paraît grave, et par conséquent dès les premiers jours du mal, je n'hésite pas à faire appliquer de suite aux jambes les vésicatoires que, dans le cours de la maladie, je puis faire poser de nouveau aux cuisses. L'action révulsive des vésicatoires est bien plus énergique et plus durable que celle des sinapismes employés journellement; l'application de ces derniers devant être renouvelée fréquemment tourmente le malade, sans procurer beaucoup d'avantages. Jusqu'à présent, je n'ai produit de dérivation sur la peau de la paroi abdominale antérieure que lorsque je voyais mes malades gravement frappés et lorsque les accidents semblaient se concentrer entièrement sur le tube intestinal.

C'est donc vers le deuxième septénaire que généralement j'ai fait appliquer sur le ventre l'agent dérivatif; alors par conséquent que le ventre est distendu, ballonné, douloureux même au toucher, que la diarrhée est intense et sans que pour cela, bien entendu, les autres moyens de traitement aient été suspendus dans leur emploi. Je suis persuadé du reste que, plus tôt on agira par ce moyen, meilleur sera l'effet qu'on devra attendre de son action.

De toute manière je n'ai eu qu'à me louer de l'effet heureux que l'emploi de ce moyen m'a donné dans les cas les plus graves de la fièvre typhoïde.

Sur 120 malades que j'ai eu à soigner dans mes salles, depuis le 15 janvier jusqu'au 30 décembre 1859, j'ai pu obtenir 111 guérisons. Je dois dire que, sur ces 120 malades, 47 seulement eurent des fièvres typhoïdes graves : quelques-unes seulement furent bénignes, d'autres se présentèrent avec des symptômes de moyenne intensité et ne furent pas soumises à l'action du traitement révulsif. Sur les 9 malades que j'ai perdus, je compte un jeune garçon, entré le 8 avril 1859, et mort le lendemain 9 (le malade avait été

évidemment envoyé à l'hôpital pour qu'il ne mourût pas chez lui). Un autre m'arriva dans un état tellement grave et avancé de la maladie, que nous ne pûmes prolonger sa vie qu'à l'aide de vésicatoires aux jambes, de bains d'affusion et d'emmaillottement avec les draps mouillés, sans pouvoir obtenir sur le ventre une révulsion qui aurait pu être avantageuse.

Dois-je attribuer ces succès à l'influence heureuse que prennent à certains moments les accidents typhoïdes qu'une constitution médicale vient modifier plus ou moins favorablement? Je ne le pense pas, parce que toutes les fièvres typhoïdes que nous avons reçues à l'hôpital ont été loin d'avoir la même physionomie. Les plus graves ont été franchement ataxo-adynamiques et muqueuses : les complications du côté de la poitrine ont été rares.

Lorsque la constitution médicale a de l'influence sur la manifestation de certaines maladies, toutes revêtent le même aspect; la même cause subsistant dans toute son influence doit en effet imprimer au mal le même cachet pendant la durée de l'affection. Rien de semblable ne s'est manifesté à notre observation et n'a pu nous mettre en défiance de ce côté. Il m'est véritablement impossible de ne pas reconnaître l'influence de ces moyens thérapeutiques dans les cas nombreux où j'ai pu manifestement constater leur action favorable.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'emploi de l'ergot de seigle dans le traitement des rétentions d'urine par paralysie de la vessie.

Par M. le docteur Allier.

La faculté dont jouit l'ergot de seigle de produire des contractions utérines me suggéra, dès le début de ma pratique, l'idée d'expérimenter cet agent dans le traitement de certaines paralysies de la vessie, et je publiai en 1838 quelques faits assez intéressants pour m'engager à en recueillir de nouveaux. Depuis lors, M. Paul Guersant démontra dans son service à Bicêtre que l'ergot est en effet doué de la propriété de réveiller les contractions de la vessie. Il l'employa non-seulement dans le cas de rétention d'urine par simple paralysie de cet organe, mais encore pour favoriser l'expulsion des détritus de calculs à la suite du broiement. (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XVII, p. 88.)

En 1841, M. Payan, d'Aix, chercha dans un excellent mémoire à

mettre en évidence l'action excitatrice de l'ergot de seigle sur le système nerveux. Cet écrit contient la relation de quatre cas de paralysie chez des vieillards, guéris par la poudre d'ergot. (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XVI, p. 359.)

En 1843, M. Arnal employa le même moyen pour résoudre l'engorgement de l'utérus. Parmi les sujets soumis à la médication ergotée se trouvait une femme atteinte d'une rétention d'urine remontant à son premier accouchement. Cette maladie ainsi traitée céda d'une manière assez prompte. (*Ibid.*, t. XXV, p. 89.)

MM. Monneret et Fleury ont administré pour leur part l'ergot de seigle, avec un plein succès, dans deux cas de rétention d'urine par atonie de la tunique musculaire de la vessie. (*Compendium*, t. VI, p. 305, art. Paralysie.)

M. Girard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Marseille, a consigné dans ce journal (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLI, p. 100) trois faits à l'appui de l'efficacité du seigle ergoté dans le traitement des paraplégies. Chez l'un de ses malades, dont l'affection datait de quatre ans, il y avait en même temps paralysie de la vessie qui céda à l'usage du médicament.

Enfin MM. Duhamel, de Paris; Houston, de Dublin; Ritter, de Rottenbourg (Wurtemberg), et Ross, d'Edimbourg, ont publié des cas de rétention d'urine par paralysie de la vessie qui ont guéri par l'emploi du seigle ergoté. (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XXVII, p. 171 et 288, et t. XXVIII, p. 236 et 397.)

Cette exposition historique prouverait au besoin l'antériorité des faits que j'ai déjà publiés, et me donnerait des droits à la priorité, si je croyais devoir la revendiquer. Mais je n'ai eu qu'un seul but : montrer que les vues thérapeutiques de mon premier mémoire ont été confirmées par des observateurs distingués.

J'ai précisé autant que je l'ai pu les conditions pathologiques des sujets soumis à cette médication nouvelle. Toutes les fois que j'ai eu lieu d'observer une paralysie de la vessie, soit qu'elle fût idiopathique, soit qu'elle fût liée à une lésion matérielle des voies urinaires, ou qu'elle fût symptomatique d'une affection des centres nerveux, je l'ai combattue par la poudre d'ergot. Je suis loin, dans ces derniers cas, d'avoir obtenu le même résultat que M. Barbier, d'Amiens, et M. Payan, d'Aix. Ce n'est pas certes une raison pour abandonner toute nouvelle recherche dans cette direction. Toutefois, nous ne devons pas oublier que le diagnostic des affections du cerveau et de la moelle épinière, dont la rétention d'urine fait partie comme symptôme, est souvent l'écueil des plus habiles. Nous de-

vons nous rappeler encore cette disposition qui nous porte à confondre les effets de la médication avec les efforts salutaires de la nature; car on ne saurait trop se dépouiller d'une foi aveugle en matière de thérapeutique. Qui de nous ne s'est jamais heurté contre le *post hoc, ergo propter hoc?*

Je m'estimerais donc heureux si j'éveillais de nouveau l'attention des observateurs sur ce point à élucider ; car les données du service d'un petit hôpital et d'une pratique particulière, quelque étendue qu'elle soit, sont toujours insuffisantes. Aussi ai-je tenté de suppléer au nombre des faits, en leur donnant un développement peut-être exagéré. Il m'a toujours semblé qu'en bonne médecine les faits demandaient à être pesés avant que d'être comptés : *si numerandæ, etiam perpendendæ sunt observationes.*

Je diviserai mes observations en trois séries : la première contiendra les faits de paralysie vésicale idiopathique; la seconde ceux où la paralysie est due à une altération organique des voies urinaires; la dernière comprendra les cas où la paralysie vésicale n'était qu'un des symptômes de diverses affections des centres nerveux. Voici les faits de ma première série.

Obs. I. Hippolyte Claude, cultivateur, âgé de soixante-seize ans, d'une constitution sèche et robuste, n'a jamais eu de maladies graves. Durant sa longue carrière, il dut à ses pénibles travaux d'être préservé des abus vénériens et des fruits de l'intempérance. Il n'avait jamais remarqué de dérangement dans les fonctions de son réservoir urinaire.—En mai 1829, un jour de foire, pendant un repas pris avec des personnes de connaissance, il éprouva le besoin d'uriner. Il eut l'imprudence d'y résister, parce qu'il lui fallait percer la foule, pour trouver à quelque distance de là un lieu propice. Trois heures après, rentré dans sa demeure, il s'empressa de vider sa vessie; mais tous ses efforts réitérés furent infructueux. Vaincu par de vives souffrances, il me fit appeler le lendemain. Je le trouvai dans l'état suivant : traits altérés, peau d'une chaleur âcre, à odeur urineuse, pouls petit, fréquent; besoin incessant d'uriner et d'aller à la selle; sentiment de pesanteur et de distension douloureuse dans la région hypogastrique; tumeur allongée obscurément fluctuante, s'étendant des pubis jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; matité dans toute l'étendue de cette tumeur. Je sentis un mouvement d'ondulation, résultant de la présence d'un liquide, par la pression exercée alternativement sur l'abdomen et par l'introduction du doigt dans le rectum. La prostate n'avait que le volume qu'elle offre ordinairement chez les vieillards. Le cathétérisme fut pratiqué avec la plus grande facilité. Je pus extraire de la vessie une pinte et demie d'urine, d'un rouge obscur et d'une odeur ammoniacale. Le malade éprouva un soulagement instan-

tané. La même opération fut répétée deux fois par jour. L'introduction de la sonde présentait si peu de difficulté que la femme du malade, fort intelligente d'ailleurs, parvint à me suppléer après quelques instructions.

Je me contentai pendant quelque temps de l'emploi de la sonde. Son insuffisance me contraignit d'avoir recours à d'autres moyens : vésicatoires volants, frictions stimulantes, injection d'eau de Barèges, etc. Cette nouvelle médication n'ayant eu aucun résultat, le cathétérisme seul fut continué. Les urines, chargées de mucosités, tombaient presque perpendiculairement à leur sortie de la sonde. Le malade accusait de la douleur dans la région vésicale. La fièvre hectique, l'adynamie, l'abattement moral survinrent. Déjà trois mois s'étaient écoulés depuis le début. Un collègne appelé en consultation porta un pronostic funeste et pensa qu'on devait continuer à se borner à l'emploi de la sonde.

C'est dans un tel état de choses que je tentai l'administration de l'ergot de seigle : 1gr,30 de cette substance, divisés en six doses égales, furent donnés dans le jour; l'évacuation artificielle de l'urine fut continuée. Vingt-quatre heures après le commencement de cette médication, le malade se plaignit d'un peu de ténesme vésical, de torpeur et d'inquiétude dans les jambes. Il se manifesta quelques nausées et une légère dilatation des pupilles. La dose quotidienne de l'ergot fut portée à 2gr,20 pendant trois jours. Le jet de l'urine alors ne formait plus une perpendiculaire en s'échappant de la sonde; il décrivait une courbe assez prononcée, tandis qu'une partie de ce liquide s'écoulait entre l'instrument et le canal de l'urètre. Cette arcade augmenta graduellement d'étendue, et la sonde fut plusieurs fois projetée en avant par les contractions de la vessie. La dose de l'ergot avait été ramenée, par jour, à 1gr,30; le dixième jour de cette médication, je cessai le cathétérisme; le malade, à son extrême satisfaction, put, sans le secours de la sonde, vider sa vessie en faisant des efforts modérés.

Le catarrhe vésical et tout ce cortége de symptômes de sinistre augure ne se dissipèrent entièrement qu'au bout de trois semaines. Le seigle ergoté fut encore continué pendant huit jours, mais à doses éloignées et graduellement décroissantes.

Pendant les deux premières années qui suivirent cette médication, j'ai revu plusieurs fois le sujet de cette observation : ses fonctions vésicales ont continué à se faire normalement.

Obs. II. M. Bonardel, prêtre de Semur, âgé de soixante-dix ans, d'un tempérament nerveux, avait l'habitude d'une vie sédentaire. L'expulsion de ses urines avait toujours été facile. Doué d'un rare talent de prédication, il avait cherché dans des veilles prolongées les moyens de rehausser ce don de la nature. Un jour de fête, en juin 1827, préoccupé de son sermon, il négligea, avant de monter en chaire, de satisfaire un besoin d'uriner. Ce besoin s'augmenta d'abord; bientôt il finit par n'être plus perçu, l'attention du prédicateur étant concentrée sur un seul point : les idées religieuses qu'il avait à développer. Au sortir de la messe, il essaya d'uriner; vains efforts! la région hypogastrique se tuméfia; elle devint le point de

départ d'un malaise indéfinissable; les moindres mouvements retentissaient dans cette région devenue plus douloureuse. Il voulut vaincre son mal, et, retenu par un sentiment de pudeur mal entendu, il ne me fit appeler que le deuxième jour. Le commémoratif, l'examen de l'abdomen, la matité, la fluctuation de la tumeur allongée du bas-ventre, l'absence d'engorgement notable de la prostate, ne laissaient aucun doute sur le diagnostic. Le cathétérisme, pratiqué sans obstacle, procura la sortie d'une pinte d'urine suivie d'un soulagement immédiat. Il fut répété deux fois par jour, pendant trois mois et demi. On lui associa les autres agents thérapeutiques conseillés en pareil cas. Nonobstant cette médication mixte, l'excrétion de l'urine était tout aussi impossible que dans les premiers jours; de plus, l'inévitable catarrhe de la vessie existait, mais moins intense que chez le sujet de l'observation précédente. J'eus alors recours à l'emploi du seigle ergoté. 1gr,30 de cette substance pulvérisée et divisée en six doses égales furent donnés dans le jour, de deux en deux heures; dans la soirée même, légers ténesmes de la vessie; dès le lendemain, modification prononcée des centres nerveux; vertiges, somnolence, nausées, secousses convulsives des membres pelviens. Ces divers symptômes se montrèrent avec des oscillations d'intensité, durant le cours de la médication.

Sur la fin du huitième jour, j'eus la satisfaction de sentir la sonde poussée en avant par les contractions de la vessie, et le jet urinaire s'échapper, en formant une arcade légère. La dose de l'ergot fut portée à 2gr,20 pendant trois jours. Elle fut ensuite graduellement diminuée les dix derniers jours. Au douzième jour de ce traitement, pendant que je sondais le malade, je fus inopinément surpris par l'entrée brusque d'une personne dans l'appartement. Involontairement mes doigts abandonnèrent la sonde. L'instrument aussitôt fut expulsé de la vessie avec une certaine violence; un jet d'urine, rapide, en arc de cercle étendu, suivit incontinent. Je discontinuai le cathétérisme : la vessie avait récupéré sa contractilité.

La guérison s'est maintenue. Seulement, quatre ans après, le malade fut souvent obligé de s'aliter, un ulcère atonique ayant envahi une partie de la jambe gauche. La vessie devint alors paresseuse, mais ne réclama point, pour se vider, le secours du cathétérisme.

Obs. III. M. le comte de X***, cinquante ans, colonel de cavalerie, d'un tempérament nerveux, fut épuisé de bonne heure par des excès vénériens. Il eut plusieurs gonorrhées dont il se fit traiter méthodiquement. Il fut assez heureux pour échapper aux fréquentes conséquences de ces affections, la coarctation du canal de l'urètre et l'engorgement de la prostate.

Depuis longtemps, il était tourmenté par des douleurs articulaires, mobiles, peu intenses. Elles se reproduisaient constamment ou s'aggravaient avec le retour de la mauvaise saison. Depuis

trois ans, il n'urinait guère que deux fois dans les vingt-quatre heures. Encore était-il nécessaire qu'il prît un lavement simple et se livrât à de longs efforts de contraction. L'urine alors s'échappait lentement et tombait presque sur ses pieds. Il éprouvait à peu près continuellement un sentiment de pesanteur incommode dans l'hypogastre, et parfois un ténesme vésical et rectal dont il se plaignait avec énergie. Il consulta plusieurs médecins. Les uns regardèrent cette affection comme étant de nature vénérienne, les autres lui supposèrent une cause rhumatismale; quelques-uns ne virent là qu'une débilité des organes génitaux, résultat inévitable des abus commis. Aucun ne songea à pratiquer le toucher rectal et le cathétérisme.

M. X*** suivit des traitements divers avec une constance digne d'un meilleur résultat, car il n'eut aucun soulagement. Sur ces entrefaites éclata la révolution de Juillet. Attaché de cœur et d'intérêt à l'ancienne dynastie, le malade fut atterré de ces événements. Durant quarante heures, il ne cessa de donner des signes d'aberration mentale. Revenu à lui-même, il se livra, mais infructueusement, à de longs efforts de miction. Je fus obligé de recourir à l'introduction de la sonde; elle eut lieu sans obstacle et donna issue à deux pintes et demie d'urine foncée en couleur. Avant l'évacuation, la vessie s'étendait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Pendant quatre mois, malgré le cathétérisme aidé d'une médication tonique, M. X*** restait toujours condamné à l'usage de la sonde. C'est dans ces circonstances que j'employai l'ergot de seigle. 1gr,60 furent donnés avec les précautions déjà signalées. Vingt-quatre heures après, les accidents nerveux, et surtout les secousses convulsives des membres abdominaux, se déclarèrent avec assez d'intensité pour qu'il fût utile de suspendre le médicament. Il fut repris le troisième jour, à la dose de 1gr,10; les modifications des centres nerveux se reproduisirent, mais à un degré supportable. Ce ne fut qu'après trois semaines de ce traitement que le malade put uriner sans le secours de la sonde, mais toujours après de longs efforts d'expulsion. La médication fut continuée quinze jours encore, à doses décroissantes.

J'explorai le rectum, et ne trouvai guère à la prostate que le volume d'une châtaigne. Depuis deux ans cet état de choses s'est maintenu, sans qu'il ait été possible de rendre aux organes génito-urinaires une énergie perdue au sein de voluptés précoces et toujours recherchées avec passion.

L'espèce de paralysie de la vessie qu'ont présentée ces trois malades est propre à fixer un instant notre attention. Elle est le produit de la distension immodérée des tuniques de la vessie, par suite de l'imprudente résistance au besoin d'uriner : de là l'allongement excessif des membranes vésicales par l'accumulation de l'urine, et l'extinction de leur contractilité chez des sujets affaiblis par l'âge.

Dans ces trois cas, la distension de la vessie a été excessive, prolongée, et le cathétérisme tardivement pratiqué. Il a été con-

tinué, sans que la guérison s'ensuivît, trois mois chez le premier sujet, trois mois et demi chez le deuxième, et quatre mois chez le dernier.

Sabatier, Boyer, Dupuytren, S. Cooper, etc., affirment, sur la foi de leur expérience, que la contractilité de la vessie est irrévocablement perdue, lorsqu'il se passe plus de trois mois avant que l'urine reprenne son cours ordinaire. Ces trois sujets étaient donc rangés, sans conteste, dans la catégorie des incurables, condamnés à l'usage de la sonde, ou voués à une infirmité dégoûtante, l'incontinence d'urine.

Après l'inutilité bien évidente des moyens ordinaires, j'essayai le seigle ergoté. Il détermina chez ces malades des symptômes nerveux plus ou moins prononcés; chez deux, du ténesme de la vessie, analogue aux coliques utérines, et qu'on pourrait appeler coliques vésicales. La guérison eut lieu après un assez court espace de temps. Elle s'est maintenue chez tous, sans récidive. Seulement, le troisième sujet conserva toujours une atonie de la vessie, résultat de l'abus des organes de la génération.

Le seigle ergoté, dans ces conditions pathologiques bien déterminées, jouissait-il donc toujours de la faculté de réveiller les contractions du réservoir vésical affaibli? Cette question, certes, n'est pas sans intérêt. Peut-être l'observation suivante pourra-t-elle servir à la résoudre?

Obs. IV. En mai 1835, on réclama mes soins pour le sieur Bélou, âgé de soixante-cinq ans, marchand épicier au Montceau. Il se plaignait de pesanteur douloureuse dans le bas-ventre. Cette partie était distendue par une tumeur oblongue, à fluctuation obscure, et donnant un son mat à la percussion. Le malade n'avait pas uriné depuis trente-six heures. Le cathétérisme, pratiqué sans difficulté, vida la vessie d'un litre à peu près d'urine fortement colorée. Le soulagement fut instantané. Après avoir, à l'aide de lavements, débarrassé le rectum, j'y introduisis le doigt pour m'assurer de l'état de la prostate. Je ne pus reconnaître de changement ni dans la forme, ni dans le volume de cette glande : le malade n'avait point eu d'affections syphilitiques. Jusque-là, il n'avait jamais éprouvé d'embarras dans l'excrétion urinaire. J'appris que, depuis quelques années, il avait l'habitude de prendre immodérément des liquides spiritueux; que la veille de cette rétention, il s'était livré à de nouveaux excès, jusqu'à tomber ivre-mort.

Sa démarche était pesante et gênée. Des tremblements, auxquels il ne pouvait se soustraire, surtout le matin et le soir, rendaient ses mouvements incertains et sa progression chancelante. La peau avait perdu sa couleur; elle était devenue d'un jaune particulier, flasque et couverte de rides prématurées. Il se plaignait de gastral-

gie et de vomissements. Les aliments solides étaient pris en petite quantité, à cause de la vive répugnance qu'ils inspiraient.

Il y avait de la toux, de l'oppression et des palpitations dont le malade n'avait conscience que lorsqu'il avait renouvelé ses libations. La poitrine explorée était le siége de divers râles muqueux. L'impulsion du cœur était forte et soulevait la main, malgré la faiblesse générale; le pouls, sans fréquence, sans altération dans son rhythme, offrait encore une certaine force.

La mémoire s'affaiblissait; les facultés morales et intellectuelles se dégradaient. Le malade semblait ne plus vivre que pour satisfaire sa passion des liqueurs fortes. Il était plongé dans un état de stupeur et de taciturnité sombre, dont le vin seul pouvait passagèrement le retirer. Plusieurs fois, lorsqu'il était sous l'influence alcoolique, il avait laissé percer son dégoût de la vie.

Pendant près d'un mois, le malade vint assez régulièrement se faire sonder. Il fit quelques efforts pour vaincre son penchant à la boisson. Souvent il succombait à sa passion mal éteinte : il en résultait une ivresse semi-apoplectique, pendant laquelle les urines s'écoulaient involontairement. C'est alors que j'employai l'ergot de seigle, à la dose quotidienne de 6 grammes, durant deux mois; son action générale sur le système nerveux et son action locale sur la vessie furent entièrement nulles. Fatigué de l'insuccès de cette médication, le malade y renonça, malgré l'incontinence d'urine qui survint. Il retomba dans l'ivrognerie; puis, à quelques mois de là, ennuyé de vivre, il se précipita dans un étang et mit ainsi fin à ses jours et à ses infirmités.

Lorsqu'on rencontre les conditions pathologiques dans lesquelles la poudre d'ergot s'est déjà montrée efficace, il ne faut donc pas toujours se flatter de la constance du succès. Ainsi, chez ce sujet l'observation la plus minutieuse ne découvre aucune lésion de la vessie et de ses annexes, si ce n'est une débilité causée tant par l'âge que par les boissons alcooliques. Je ne parle pas de la coïncidence de l'hypertrophie et du catarrhe symptomatique, qui n'ont pu évidemment neutraliser la médication. Le fil de l'analogie en main, les observations précédentes nous auraient cependant porté à conclure *à priori* que cette paralysie de la vessie devait céder à l'emploi de l'ergot de seigle. L'expérience dément cette prévision; tant il est vrai que, dans les cas les plus analogues, l'effet thérapeutique du même modificateur n'est jamais constant et uniforme! Que sera-ce, si le nouveau cas pathologique cesse de rentrer exactement dans la famille des autres faits morbides déjà observés? Peut-être, dans le cas actuel, pourrait-on trouver la raison de l'inefficacité de l'ergot dans la débilitation profonde de tout l'organisme, déterminée par l'habitude de l'ivresse, en un mot, dans l'alcoolisme? Peut-être ce malade était-il, par son idiosyncrasie, réfrac-

taire à l'action du seigle ergoté ? Cette espèce d'insensibilité de l'organisme n'aurait rien d'extraordinaire : les praticiens savent que quelquefois nos médicaments les plus énergiques ne produisent aucun effet chez quelques individus. On sait aussi que la plupart des rétentions d'urine chez les vieillards reconnaissent pour cause l'hypertrophie de la prostate ; c'est une vérité mise dans tout son jour par Samuel Cooper et surtout par M. Velpeau. J'ai donc dû m'inquiéter de la sûreté de mon diagnostic, chez les sujets des observations précédentes. Les nouvelles explorations auxquelles je me suis livré ont été confirmatives des premières. J'avoue que, pour ce qui regarde le sujet de l'observation III, il pourrait rester quelque obscurité dans l'esprit du lecteur, au souvenir de ces embarras de vessie, de ces longs efforts de miction qui ont précédé la paralysie de la vessie. Mais le cathétérisme fut toujours pratiqué avec facilité. Je ne rencontrai jamais ces obstacles, brides, valvules, etc., qui existent si souvent chez les vieillards ; le toucher ne m'a point fait connaître un état anormal de la prostate. On peut pousser l'objection plus loin et dire : Nous ne nions point l'action excitatrice de l'ergot sur la vessie. Mais cette substance n'aurait-elle pas une action résolutive? et si vos malades ont guéri, n'y aurait-il pas eu résolution d'engorgements de prostate échappés à votre investigation, si attentive qu'elle ait pu être ?

Plût à Dieu qu'il en fût ainsi ! La thérapeutique des maladies de la vessie, chez les personnes avancées en âge, aurait fait un immense progrès.

En tout cas, la lecture des faits qui composent la deuxième série nous montrera le plus ou moins de fondement de cette objection.

Obs. V. Decourt, de la commune du Lac, agriculteur, âgé de trente-cinq ans, d'une constitution forte, n'a jamais été malade. En mai 1837, il fut pris tout à coup d'une rétention d'urine, après avoir bu plus que de raison, en société de quelques amis. J'appris que depuis deux ans il éprouvait une certaine difficulté dans l'émission des urines. La miction n'avait lieu qu'à l'aide de longs et puissants efforts. Le premier jet urinaire une fois sorti, le reste du liquide s'écoulait sans trop de difficulté. Cette dysurie, à peu près habituelle, s'aggravait à des époques irrégulières, mais surtout après un acte d'intempérance. Du reste, elle semblait faire des progrès notables. J'introduisis le doigt dans le rectum ; ce ne fut qu'en le portant très-haut que je pus m'assurer des bosselures de la prostate. Cette glande avait déjà le volume d'une petite orange. Le cathétérisme ne se fit point sans obstacle. Parvenue sous les pubis, la sonde, en argent, était constamment arrêtée ; je fus obligé de me servir d'une algalie en gomme élastique de gros calibre, et à

laquelle je donnai une courbure exagérée ; je pénétrai dans la vessie d'où fut extrait un verre et demi seulement d'urine trouble et colorée. Cette opération fut réitérée deux fois le jour suivant. Dès le troisième jour, 1gr,50 d'ergot de seigle, divisés en quatre parties, furent donnés dans la matinée. La nuit suivante, la contractibilité de la vessie paraît augmentée ; le malade put uriner sans le secours de la sonde, mais, comme autrefois, à la suite d'efforts prolongés. Le seigle ergoté fut continué pendant deux mois, et porté à la dose de 6 grammes vers la fin du troisième septénaire, puis ramené à la dose du début, à l'expiration du deuxième mois. Durant ce laps de temps, je pus remarquer quelques fourmillements dans les membres inférieurs, l'absence de dilatation des pupilles, de légers vertiges, une gaieté expansive, qui contrastait avec la taciturnité habituelle du malade ; et, chose notable, des érections fréquentes, avec penchant à l'acte vénérien. Les mouvements du cœur ne furent pas influencés.

Dans le cours de ce traitement, le malade fut pris, sans cause apparente, d'une nouvelle rétention d'urine ; elle nécessita trois fois l'emploi de la sonde. Ce qui le tourmentait le plus, pendant qu'il était sous l'influence de la médication ergotée, c'était un fréquent besoin d'uriner et un sentiment de pesanteur à l'hypogastre plus prononcé que d'habitude.

Après deux mois de ce traitement, j'examinai le malade : la prostate avait conservé les mêmes dimensions et le cathétérisme était tout aussi difficile.

Depuis, nulle médication. Le malade, résigné à vivre avec son infirmité, se fait sonder de temps à autre. Il jouit, du reste, d'une santé assez bonne.

Obs. VI. Claude S***, cordier, habitant Marcigny, âgé de soixante-quatre ans, d'une constitution athlétique, éprouvait, depuis sept ou huit ans, des envies d'uriner fréquentes, douloureuses et suivies de l'expulsion d'une très-petite quantité d'urine, après de patients et laborieux efforts.

Chaque excès de boisson, répété du reste à d'assez longs intervalles, provoquait une rétention d'urine. Le médecin du malade, M. Duplan, était chaque fois obligé d'en venir au cathétérisme. Il m'avait entendu parler des bons effets de l'ergot de seigle dans l'affaiblissement sénile de la vessie. A la première occasion, au lieu de sonder le malade, il lui fit prendre 2 grammes d'ergot, partagés en six prises, données de quart d'heure en quart d'heure ; peu de temps après la dernière dose, les douleurs augmentèrent, inutilement accompagnées de violents efforts de miction et de défécation. Je fus aussitôt appelé en consultation : le malade poussait des cris arrachés par les souffrances. Au-dessus des pubis, en déprimant les parties abdominales, on découvrait une tumeur mate à la percussion et sans fluctuation appréciable. A l'aide du toucher par le rectum, je constatai une hypertrophie évidente de la prostate, sans bosselures bien dessinées. J'introduisis la sonde : arrivé vers l'orifice de la ves-

sie, je sentis un obstacle que je franchis en élevant le bec de l'instrument. En entrant dans la vessie, je déterminai bientôt un choc métallique; j'acquis, ainsi que mon confrère, la conviction de l'existence de calculs et je retirai seulement les trois quarts d'un verre d'une urine trouble, filante et d'une odeur ammoniacale. La médication par l'ergot fut supprimée. Le malade se plaignit de céphalalgie, de torpeur dans les membres abdominaux et de quelques nausées. Il y eut en même temps accélération notable du pouls.

La cystotomie, la lithotritie proposées furent toujours repoussées par le malade. Les douleurs augmentèrent de violence et devinrent presque continues. Elles semblaient provenir des efforts inutiles et sans relâche que provoquait le sentiment de plénitude du rectum et de la vessie. L'amaigrissement, la fièvre lente, l'abattement moral survinrent. Le patient tenta plusieurs fois de se suicider. Il finit enfin par trouver dans la strangulation un terme à ses souffrances.

L'autopsie nous fut accordée, et nous permit de constater l'hypertrophie des parois de la vessie. Sa cavité rétrécie contient trois calculs ayant le volume et la forme d'une grosse amande; la couche extérieure du calcul est d'un blanc sale et très-friable. Après l'avoir enlevé, on trouve un corps grisâtre et d'une grande dureté. La muqueuse vésicale est baignée d'un liquide filant et brunâtre; elle est presque partout d'un rouge ardoisé, épaissie et ramollie. Près du col vésical, dans le bas-fond occupé par les calculs, existent trois ulcérations fongueuses, irrégulières, ayant les dimensions d'une pièce de vingt-cinq centimes.

Le col de la vessie fait une saillie considérable dans sa moitié inférieure et constitue, par ce relief, une sorte de valvule semi-lunaire.

La prostate peut avoir en hauteur et dans son diamètre antéro-postérieur environ 50 millimètres, tandis qu'elle en a plus de 80 dans son diamètre transversal. En la disséquant, on distingue les nombreuses fibres musculaires qui l'entourent : elles font évidemment suite aux fibres charnues de la vessie et se terminent sur la portion membraneuse du canal de l'urètre. En coupant la glande en divers sens, on trouve une agglomération de grains glanduleux inégalement hypertrophiés, pénétrés d'un suc visqueux, brun jaunâtre, qu'on exprime par la pression, comme d'une éponge. Les uretères, un peu dilatés, participent, dans leur partie inférieure, à l'altération de la vessie. Les reins et les autres organes ne présentent rien de bien remarquable.

Obs. VII. M. Gautier, propriétaire, de la commune de Brian, âgé de soixante-huit ans, d'un tempérament lymphatique, éprouva, dans son enfance, divers accidents scrofuleux : stigmates indélébiles sur les parties latérales du col. Depuis six ou sept ans, il se plaignait d'une difficulté et d'une lenteur inaccoutumée dans l'émission des urines. Dès qu'une première portion d'urine s'était échappée, après des efforts plus ou moins longs, le reste suivait sans trop de peine. Un jour, à la suite d'un excès de boisson, la dysurie se changea en une rétention complète. Vingt-quatre heures après, mes

soins furent réclamés. Je trouvai au-dessus des pubis, à travers des parois flétries, une tumeur oblongue, mate à la percussion. J'explorai la prostate par le rectum ; elle me parut avoir le volume d'un gros œuf de poule et des bosselures inégales. Je pratiquai le cathétérisme : parvenu à la racine de la verge, je rencontrai un obstacle; je retirai la sonde, je longeai la paroi supérieure du canal, j'imprimai un mouvement de bascule prononcé à l'instrument dès son entrée sous l'arcade pubienne, et je pus enfin pénétrer dans la vessie. La quantité d'urine sortie fut évaluée à une pinte. Quatorze heures après, le réservoir urinaire étant de nouveau distendu, je fis prendre au malade 1gr,10 d'ergot, fractionnés comme de coutume. Il y eut seulement d'inutiles efforts de miction. Je fus obligé de continuer le cathétérisme, huit jours durant. Le cours des urines finit par se rétablir, mais avec la même difficulté qu'antérieurement. L'ergot de seigle fut successivement porté à 5 grammes par jour et continué pendant trois mois. Durant cette médication, le malade éprouva des douleurs lombaires, un ténesme vésical plus fort que d'habitude, des démangeaisons à la peau, des inquiétudes dans les membres inférieurs et une sorte d'ivresse avec loquacité. Le pouls, souvent exploré avant, pendant et après la médication ergotée, conserva, à peu de chose près, le même nombre de pulsations. Un an après, l'engorgement prostatique avait augmenté, la rétention s'était reproduite, sans avoir été précédée d'excès de boisson. 1 gramme d'ergot fut donné en quatre prises, en trois heures de temps. Il survint d'involontaires et d'inutiles efforts pour uriner. Le cathétérisme fut désormais le seul moyen de soulagement.

Bientôt une fièvre continue se déclara. La région sus-pubienne devint le siége d'une tumeur dure, diffuse, indolente, inégale et sans changement de couleur à la peau. M. Bouchacourt, de Lyon, fut consulté. Etait-ce une tumeur cancéreuse ou scrofuleuse? Il inclinait vers la première opinion. Trois semaines après, cette tumeur se ramollit en plusieurs points à la fois et s'abcéda. Il s'établit plusieurs ouvertures fistuleuses, donnant issue à un liquide analogue à du petit-lait trouble. Quatre mois après environ, le marasme, le dévoiement colliquatif et la mort terminèrent cette scène. L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. VIII. M. Bassiquant, de Marcigny, rentier, âgé de soixante-cinq ans, d'une constitution vigoureuse, grand viveur, se plaignait, depuis sept ou huit ans, de douleurs lombaires ; elles se propageaient dans la direction des uretères, et simulaient, dans leur violence, une attaque de colique néphrétique : tout disparaissait après l'expulsion de quelques graviers. Il fit usage des eaux de Vichy, deux saisons consécutives: pendant ce temps, absence complète d'accidents. Quatre mois après, le malade urinait lentement et avec effort, surtout au début de la miction. Il accusait un sentiment de pesanteur vers la région anale ; il lui semblait toujours que la vessie et le rectum étaient dans un état de plénitude et demandaient sans cesse à être vidés. Du reste, nulle douleur, soit aux lombes, soit à l'extrémité de la verge : urines foncées, mais sans gravelle.

Quelques mois plus tard, le malade fut pris d'une rétention d'u-

rine, à la suite d'un repas dans lequel les vins furent prodigués. Je fus aussitôt appelé : la prostate me parut presque avoir doublé de volume ; elle offrait au toucher une multitude de petites aspérités. Le bas-ventre était soulevé par une tumeur ovoïde, mate à la percussion et touchant presque à l'ombilic. La sonde conduite vers la fin du canal, je rencontrai un obstacle assez résistant. Au moment où j'essayais de le franchir, en promenant la sonde out autour, l'instrument s'inclina vers l'aine droite et pénétra brusquement dans la vessie. La quantité d'urine évacuée, fortement odorante et colorée, pouvait être d'une pinte environ ; elle laissa déposer plusieurs petits graviers blanchâtres et facilement réduits en poussière par la pression : je donnai le seigle ergoté à la dose de 1 gramme dans la matinée, puis à 5 grammes durant trois mois. Je ne fus pas moins obligé de pratiquer encore deux fois le cathétérisme.

Sous l'influence de cette médication, la vessie se contracta avec assez de force, les premiers jours, sans pouvoir néanmoins se vider seule. Il y eut quelques nausées, quelques fourmillements dans les membres, des vertiges fugaces et une légère dilatation des pupilles. Le seigle ergoté fut alors supprimé. La prostate explorée fut trouvée dans le même état.

Maintenant le malade, toujours tourmenté par sa dysurie, est obligé de subir le cathétérisme de temps à autre, surtout l'hiver.

Obs. IX. Dans l'été de 1846, un vieillard, trouvé sur la voie publique, fut transporté à l'hôpital : il était sans connaissance, la figure vultueuse, les yeux saillants, injectés ; la sensibilité et la contractilité musculaire éteintes ; le pouls lent, plein et dur ; la respiration profonde et ronflante. Les urines s'écoulaient involontairement. L'hypogastre était distendu par le développement de la vessie. L'haleine du malade, fortement imprégnée d'alcool, révélait la nature de cette espèce de narcotisme. Les moyens ordinaires le dissipèrent, mais l'incontinence d'urine persista. J'appris que depuis trois ans, les fonctions de la vessie ne se faisaient que difficilement ; qu'un sentiment de pesanteur dans le rectum sollicitait sans cesse le malade à exécuter des contractions musculaires pour s'en délivrer ; qu'à la suite de longs efforts, souvent stériles, il rendait une certaine quantité d'urine qui ne le débarrassait jamais entièrement de ce poids incommode. L'examen de la prostate par le rectum me fit reconnaître que cette glande avait le volume d'une pomme de reinette de moyenne grosseur et qu'elle était sillonnée de bosselures. Le cathétérisme fut difficile : arrivé un peu au delà du ligament souspubien, la sonde fut arrêtée. Pendant assez longtemps, elle fut retirée et poussée en divers sens, à plusieurs reprises. Elle pénétra enfin de quelques millimètres, en s'inclinant vers l'aine droite : là, une nouvelle résistance. Pendant les tentatives faites pour la vaincre, l'instrument se tourne et pénètre dans la vessie presque à mon insu. L'urine retirée, de la quantité d'un demi-litre, était colorée en jaune brun, trouble et filante. Le lendemain, je prescris 1 gramme d'ergot, divisé en quatre doses. Dans la soirée, les efforts forcés, douloureux, de miction ne purent aboutir : il fallut sonder le malade.

Le seigle ergoté fut continué deux mois et porté à 5 grammes. Pendant cinq ou six jours, le cathétérisme dut encore être pratiqué; après quoi, le cours des urines se rétablit, mais avec toutes les imperfections, toutes les difficultés qu'il présentait précédemment.

Tant que dura cette médication, on put observer une dilatation légère des pupilles, quelques vertiges, des démangeaisons à la peau et surtout un état d'excitation et de turgescence voluptueuse des organes génitaux. L'ergot ne parut modifier en aucune manière l'organe central de la circulation. La prostate, examinée de nouveau, était restée dans le même état. Le malade est toujours obligé de se soumettre au cathétérisme de temps à autre, surtout quand il a succombé à l'attrait des boissons alcooliques.

Il me serait loisible de multiplier les observations de ce genre, mais elles n'auraient pas d'autre signification thérapeutique. Le lien commun qui les réunit toutes, c'est l'obstacle formé à l'émission des urines par l'engorgement de la prostate; c'est l'inutilité de l'ergot pour le vaincre; c'est l'action évidente de cet agent sur la contractilité de la vessie; c'est, en un mot, l'inefficacité de l'ergot comme résolutif des tuméfactions morbides de la glande prostate.

Je sens qu'on ne serait point mal venu à déverser le blâme sur cet essai de traitement; ne serait-on point fondé à dire : Dans les rétentions d'urine, par suite d'engorgement prostatique, la contractilité vésicale, loin d'être affaiblie, a augmenté, sollicitée qu'elle est par d'incessants efforts à surmonter l'obstacle matériel? Ainsi le cœur redouble de force pour vaincre l'obstacle formé par le rétrécissement de l'un de ses orifices. Dans l'un et l'autre cas, l'autopsie révèle une hypertrophie des fibres musculaires. Irait-on, pour combattre la maladie du cœur, chercher à rendre plus énergiques les contractions de cet organe? Certes non, je le confesse. Mon but était d'expérimenter l'action résolutive de l'ergot sur les engorgements de la prostate, tout en montrant son action excitatrice sur la vessie. J'étais conduit par l'analogie à cette médication. Des engorgements utérins ont cédé à l'usage longtemps continué de l'ergot de seigle. N'y avait-il pas lieu d'espérer qu'il en serait de même de la prostate? Malheureusement l'expérience clinique n'a pas jusqu'ici répondu à mon attente. La surprise ne sera pas grande si l'on remarque que, chez les vieillards, la résolution des tumeurs est difficile en général; et que celles de la prostate, en particulier, doivent résister davantage à l'action des résolutifs, parce que les altérations de cet organe sont multiples et de nature diverse. Cependant, si l'on considère le système musculaire de la prostate, déjà signalé par M. Cruveilhier, on verra qu'il résulte de cette disposition ana-

tonique que les fibres charnues de la vessie forment une couche extérieure et intérieure à la prostate ; qu'elles pénètrent dans le tissu de cet organe ; qu'elles exercent surtout, quand leur action est thérapeutiquement augmentée, sur chaque grain glanduleux hypertrophié une compression favorable à la résolution. C'est là un trait de ressemblance avec les engorgements pathologiques de l'utérus : de là peut-être l'espérance rationnelle que certaines prostatites chroniques, affectant des sujets adultes, seraient avantageusement combattues par le seigle ergoté.

Quoi qu'il en soit de cette conjecture plus ou moins fondée qu'autorise l'analogie, voyons ce que l'observation clinique nous apprendra des effets de l'ergot de seigle, dans le traitement des paralysies de la vessie, symptomatiques de diverses lésions des centres nerveux.

Obs. X. Mme Jacquet, de Mareigny, d'un tempérament lymphatico-sanguin, âgée de trente-cinq ans, avait toujours joui d'une santé florissante. Sur la fin de décembre 1831, sous l'influence d'un revers de fortune, elle fut prise d'une fièvre rémittente avec vomissements bilieux. Cette maladie céda à quelques doses de sulfate de quinine précédées d'un purgatif ; mais les vomissements persistèrent sans irritation gastro-intestinale. Ils cessaient quelquefois trois ou quatre jours pour se reproduire et se jouer de la diversité des médications. Les menstrues se supprimèrent, les vomissements devinrent plus rares, les digestions se rétablirent : la malade se crut enceinte. Pendant deux mois d'expectation une nouvelle scène pathologique s'était ouverte. La malade effrayée réclama de nouveau les secours de l'art. Je constatai la vacuité do l'utérus, puis l'état suivant : Facies amaigri, décoloré, stupeur légère; mémoire presque nulle pour les choses récentes, fidèle pour les choses passées. Réponses lentes, mais précises et facilement articulées.

La langue et les commissures labiales ne sont point déviées. Nulle céphalalgie locale ou générale. Sommeil tranquille ; pupilles également et faiblement dilatées, contractiles sous l'influence d'une lumière vive et soudaine. La vue, l'ouïe, l'odorat et le goût paraissent dans leur état naturel. Le sens du toucher est excessivement obtus.

Débilité musculaire profonde et portant surtout sur les membres pelviens. Une espèce d'engourdissement a gagné, d'une manière successive, les pieds, les jambes et les cuisses ; à cette stupeur des membres a succédé l'impuissance de les mouvoir volontairement : paralysie sans contracture. La sensibilité de ces parties n'a pas subi une atteinte aussi profonde que la myotilité ; elle est seulement obscure et plus à gauche qu'à droite ; diminution de la température de ces parties sensiblement atrophiées. Les membres thoraciques ne jouissent plus que d'une sensibilité fort émoussée. La diminution de la contractilité paraît surtout bornée aux mains et aux poignets : la malade peut avec effort étendre et soulever les bras, mais ils re-

tombent aussitôt, agités de tremblotements. La main et le poignet se fléchissent sans le concours de la volonté. Cette flexion involontaire paraît due moins à la contraction des fléchisseurs qu'à la paralysie des extenseurs; car on ne trouve aucune rigidité sous la peau, et l'on ramène facilement la main dans l'extension, sans trouver de résistance à vaincre. Les mains ne peuvent saisir que des objets d'un volume un peu considérable, encore sont-ils bientôt abandonnés. Toujours, dans cet état de préhension, la face dorsale des doigts se heurte en hésitant contre l'objet à saisir. La main droite est un peu moins inhabile que la gauche. Les membres émaciés ont un peu perdu de leur température normale.

La miction et la défécation, toujours laborieuses, sont quelquefois involontaires. Le cathétérisme répété chaque jour ne prévient pas l'incontinence d'urine. Ce liquide brunâtre exhale chaque fois une forte odeur d'ammoniaque. La région sus-pubienne, avant l'introduction de la sonde, est distendue par une tumeur oblongue, mate, et qui disparaît avec l'évacuation des urines.

L'exploration réitérée du rachis ne fournit aucun résultat.

La déglutition, les mouvements de la tête, de la face et du tronc s'exécutent normalement. Le pouls est petit, faible, régulier et s'accélère par moments; la peau n'a perdu de sa température qu'aux extrémités. La percussion et l'auscultation confirment l'état physiologique du cœur et des poumons.

Les moyens principaux de traitement furent des vésicatoires volants, des moxas le long du rachis, des frictions avec la teinture de strychnine, et cette substance donnée à l'intérieur. Quinze jours de cette médication ne produisirent aucun changement, à part quelques secousses convulsives passagères.

Le seigle ergoté succéda à la strychnine. Il fut administré à la dose de 1 gramme jusqu'à 4 grammes par jour. Il manifesta son action par les phénomènes suivants, fugaces, mais augmentant d'intensité chaque fois que la dose était augmentée: fourmillements incommodes dans les membres, agités de rares et faibles secousses; étourdissements légers, prurit désagréable, surtout au tronc; quelques nausées suivies quelquefois de vomissements; alternatives de ralentissement et d'accélération du pouls, liées peut-être aux émotions diverses de la malade; et, chose notable, dès le deuxième jour, quelques coliques vésicales, puis retour graduel de la contractilité de la vessie. Plusieurs excrétions urinaires eurent lieu dans les vingt-quatre heures, avec une sorte de ténesme et d'orgasme des organes génitaux.

Après la cessation de l'ergot de seigle, la vessie ne se laissa plus distendre par les urines, et la vessie se vida toujours avec plus ou moins de facilité. Mais l'état paralytique des membres n'avait subi aucun amendement.

MM. Andral et Brachet, consultés, regardèrent l'électrisation comme la principale ressource thérapeutique. Sous la direction de M. Andrieux, médecin des Quinze-Vingts, pendant un mois chaque jour, je renfermai alternativement, dans un circuit galvanique, la portion cervicale de la moelle et les membres supérieurs, la portion

lombaire et les membres pelviens. J'ajoutai quotidiennement une paire voltaïque à celles employées la veille. Je ne pus jamais dépasser le nombre de 20 éléments, sans déterminer des contractions trop énergiques.

A la fin du deuxième septénaire la malade, soutenue par deux personnes, pouvait faire quelques pas dans sa chambre. La flexion involontaire des membres avait cessé. Les mouvements des mains étaient plus assurés. A la fin du troisième septénaire, la malade marchait sans appui, se servait très-bien de ses mains et n'accusait plus qu'un peu d'engourdissement dans les membres. La guérison, devenue complète, ne s'est point démentie.

De quelle nature était cette paralysie ? Le trouble qu'avait jeté dans l'organisme la fièvre rémittente bilieuse peut bien avoir été le premier mobile qui en ait favorisé le développement. Les vomissements si longs, si opiniâtres, qui ont apparu dans la convalescence de cette première maladie, étaient déjà peut-être le prélude des accidents nerveux qui devaient se produire plus tard ? Il est remarquable qu'ils aient cessé à l'époque où la perturbation du mouvement est devenue plus manifeste. L'intégrité des fonctions cérébrales et sensoriales doit porter à croire que l'organe spécialement lésé est le cordon rachidien. Mais comment l'était-il ? Quel genre d'altération avait-il subi ? Ces questions devaient être difficilement solubles, alors que la marche de la maladie était croissante. Aussi, à cette époque, M. Brachet, de Lyon, estimait qu'on pouvait soutenir avec une égale probabilité l'existence d'une des nombreuses lésions dont la moelle épinière est souvent le siége. M. Andral ne pouvait, pour son compte, croire à la présence de quelque lésion matérielle, appréciable, dans le cordon rachidien. Il pensait que cette affection était une névrose du sentiment et du mouvement. Il étayait son opinion de la remarque qu'une très-grande identité, sinon de causes, au moins de symptômes, existait entre cette paralysie et celle qui affecte les individus qui ont manié le plomb : or, chez les malades qui succombent pendant le cours d'une paralysie saturnine, on ne constate dans les centres nerveux aucune lésion évidente. En tout cas, je ne pense pas que l'on puisse nier et l'inutilité des premiers moyens employés pour combattre cette paralysie et l'efficacité du galvanisme. Je ne crois pas que l'on puisse contester davantage les bons effets de l'ergot de seigle. Il a promptement ranimé la contractilité de la vessie. Les fonctions de cet organe étaient déjà rentrées dans leur état normal, alors que la paralysie des membres n'avait encore subi aucune amélioration.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Remarques sur un nouveau mode d'administration du cousso. — Granulation de ce médicament.

Il est peu de médications qui se soient autant enrichies depuis le début de ce siècle que celle destinée à combattre les ténias. L'écorce de racine de grenadier, la racine de fougère mâle, les pepins de citrouille, le cousso sont venus faire oublier les divers agents dont usaient nos pères. Mais à laquelle de ces substances doit-on donner la préférence? Telle est la question que pose M. Bouchardat, ou mieux notre confrère n'hésite pas à la trancher, en recommandant tout d'abord le cousso. Ce jugement porté, il nous signale un nouveau mode d'administration de ce ténifuge, la *granulation*. Avant de présenter les quelques réflexions qui nous sont suggérées par le choix de ce nouveau mode de préparation, nous allons reproduire la note de notre confrère :

Je n'ai pas encore vu le cousso, dit M. Bouchardat, échouer quand il a été donné de bonne qualité, en quantité suffisante, et que la condition essentielle d'avoir rendu des anneaux de ténia, la veille ou l'avant-veille du jour de l'administration du remède, a été remplie.

Je regarde encore comme très-important de ne donner pour tout aliment que deux ou trois panades la veille de l'administration du ténifuge.

16 grammes de poudre de cousso suffisent, mais il doit être bien choisi et n'être pas trop ancien.

M. Trousseau m'a signalé deux cas d'empoisonnement par suite de l'administration du cousso. Une enquête attentive me fait considérer ces deux cas comme accidentels ; peut-être y a-t-il eu quelque mélange d'une plante vénéneuse ; peut-être encore les sommités fleuries du cousso, qui sont visqueuses, ont-elles été souillées de quelques poudres toxiques qui adhéraient aux pédoncules ou pédicelles, et qu'on n'a pas eu le soin d'enlever, comme cela se pratique habituellement en Abyssinie. Ces faits isolés doivent éveiller l'attention, mais ils ne suffisent pas pour ébranler la confiance si bien justifiée qu'on a dans le cousso.

On jette, comme on le sait, 250 grammes d'eau bouillante sur 16 grammes de poudre de cousso, et on avale le tout. Pour quelques personnes qui ont l'estomac susceptible, ce mode d'administration offre des inconvénients que j'ai complétement écartés en faisant granuler par M. Mentel, pharmacien à Paris, une partie de cousso et deux parties de sucre.

On avale, le matin à jeun, à l'aide de 200 grammes d'infusion froide de tilleul, 48 grammes de granules contenant 16 grammes de cousso. On divise les 48 grammes de granules en cinq ou six

cuillerées, on prend le tout dans l'espace d'une demi-heure. Il ne reste plus qu'à attendre en buvant quelques gorgées d'eau (le moins possible), pour combattre l'altération si elle survient.

Ce remède ne suscite aucune répugnance, aucune révolte de l'estomac. Au bout d'une heure ou deux, la malade va sans colique à la garde-robe; il rend les matières qui se trouvaient dans les intestins, puis l'évacuation alvine se répète trois ou quatre fois. Les premières selles contiennent des débris de ténia. C'est à la troisième ou quatrième que le ténia est expulsé en entier, avec des débris de cousso.

Si à midi le ténia n'est pas rendu, et surtout si la purgation n'est pas suffisante, on administre 60 grammes d'huile de ricin dans une tasse de bouillon chaud ou froid. Presque toujours, après deux ou trois heures, le ver est évacué [1].

A cinq heures, le malade est habituellement assez bien pour dîner légèrement.

On nous a dit qu'en Abyssinie, où chaque habitant est pour ainsi dire porteur d'un ou plusieurs ténias (ce qui, pour le répéter en passant, est dû à leur alimentation, dans laquelle intervient la viande crue), le cousso ne venait qu'au second rang des ténifuges; que le premier était occupé par le *saoria*, fruit du *mæsa picta*, ou l'écorce de *mussena*. Les essais tentés en France avec ces deux produits n'ont pas démontré leur supériorité.

Aujourd'hui, pour nous, le cousso est le meilleur des ténifuges.

Son mode d'administration, sous forme de granules, écarte toute répugnance, ménage les estomacs les plus susceptibles, et assure le succès de cet excellent remède.

M. Bouchardat a-t-il expérimenté la valeur thérapeutique du cousso granulé? Cela n'est pas probable, car il n'eût pas omis de signaler ses succès, s'il en avait obtenu avec la nouvelle préparation qu'il préconise.

La granulation, ou la dragéification des substances médicamenteuses, est un mode de préparation très-ingénieux et très-utile, mais qui doit être accepté seulement dans quelques circonstances exceptionnelles; ainsi, pour les médicaments qui doivent être administrés à très-faibles doses, comme certains alcaloïdes : l'atropine, la strychnine, etc. Dans l'intérêt de la pratique médicale, on doit limiter autant que possible l'emploi d'un procédé qui, ne pouvant être exécuté par tous les pharmaciens, crée un monopole et met le médecin à la merci d'un préparateur le plus souvent étranger à la corporation pharmaceutique, et qui se préoccupe beaucoup plus de la perfection de la forme extérieure du produit que de ne pas altérer la qualité et les doses de l'agent médicamenteux.

---

[1] On reçoit le ténia dans de l'eau à 30 degrés, on écoule l'eau doucement, on étale le ver, on examine surtout la partie supérieure presque filiforme, et, à l'aide de la loupe, on distingue le scolex armé de ses crochets.

Si l'emploi du cousso granulé donnait de bons résultats thérapeutiques, nous proposerions de lui substituer une préparation plus simple et plus économique encore, le cousso pulvérisé, que l'on envelopperait dans du pain azyme.

De la résine de cousso.

Comme M. Bouchardat et beaucoup d'autres praticiens, nous avons vu des malades dont le goût se révoltait lorsqu'ils avalaient l'infusion de cousso tenant en suspension la poudre qui avait servi à la préparer. Nous avons provoqué des recherches dans le but d'obtenir un mode d'administration moins désagréable. Un pharmacien des plus zélés, M. Grimault, nous a fourni deux produits, une huile essentielle et une résine. La première de ces préparations ne nous a donné aucun résultat; un malade, porteur d'un ténia volumineux, qu'il rendit quelques jours plus tard avec une dose de 30 grammes de cousso, prit en deux fois 8 grammes de cette huile essentielle, sans éprouver aucun trouble, mais aussi sans se trouver débarrassé de son parasite. L'essai de la résine fut plus fructueux.

Voici le procédé suivi par M. Grimault pour la préparation de ce médicament.

On traite les sommités fleuries de cousso par l'alcool dans un appareil à déplacement, et la teinture obtenue, reprise par cinq ou six fois son volume d'eau, abandonne toute la résine qui se précipite en flocons blancs-verdâtres ; pour ne pas éprouver de perte, on chauffe légèrement la liqueur, et tous les flocons ramollis se réunissent en une seule masse qui représente ordinairement de 3 à 4 pour 100 du poids de la plante employée.

Cette résine, prescrite à la dose de 50 à 75 centigrammes, fournit d'excellents résultats. On l'administre en pilules de 1 centigramme préparées le plus récemment possible. Afin de mieux diviser la résine et assurer son action, M. Grimault se sert d'un peu de jaune d'œuf pour préparer ses pilules.

M. Legendre, M. Arau et moi, nous avons obtenu chacun un succès avec cette résine ; M. le docteur Coindet, auquel nous avons remis deux doses de cette même résine, a dû échouer, car il ne nous a pas informé du résultat de son expérimentation. D.

Mode d'administration de la semence de citrouille. — Ténifuge indigène.

Dans une très-intéressante brochure sur *le Ténia en Algérie et son endémicité dans la ville de Bone*, M. le docteur Tarneau, médecin aide-major au 8e régiment de hussards, a été conduit à discuter la valeur des divers médicaments employés contre cet helminthe. Ce qui donne aux conclusions formulées par notre confrère une plus grande valeur, c'est qu'atteint de ce parasite, il a pu expérimenter ces médicaments sur lui-même. M. Tarneau, comme la plupart des médecins qui ont abordé l'étude de cette médication, a donné la première place au cousso. Depuis, ce médecin est rentré en France avec son régiment, qui est venu prendre garnison à Libourne, et comme sur ces entrefaites son ténia a donné de nouveaux signes de vie, M. Tarneau a eu l'idée d'essayer la valeur de la graine de citrouille, remède aujourd'hui vulgaire parmi les praticiens du Bordelais. La graine de citrouille a débarrassé notre confrère du parasite, « à la merci duquel nous étions, dit-il, envers et contre tout, depuis bientôt deux années. » Ce succès a engagé M. Tarneau à ajouter à sa brochure un appendice, dans lequel il appelle la très-sérieuse attention du corps médical sur la valeur de cette médication si simple. Les faits nombreux que nous avons déjà enregistrés à l'appui de l'efficacité de ce ténifuge indigène nous engagent à reproduire le passage dans lequel l'auteur expose le meilleur mode de préparation de la graine de citrouille. Désormais, c'est par l'emploi de ces semences que devra débuter toute médication ténifuge.

« La graine de citrouille est un médicament précieux, surtout pour les enfants ; à l'abri de toute sophistication (chose essentielle), d'un prix à peu près nul, d'une action facile, fort agréable au goût et que l'on peut se procurer généralement en tout temps et en tout lieu. Enfin, disons au plus tôt, et par expérience, que préparée avec du lait et suffisante quantité de sucre, elle constitue un brouet des plus fins et des plus exquis. Chacun sait que les graines sont recherchées des enfants qui les croquent avec beaucoup d'avidité.

« Tant de bonnes conditions ne sont pas à dédaigner, ce nous semble ; tant d'avantages doivent être mis à profit. Aussi nous croyons-nous obligé de mentionner, dans une note spéciale, une médication qui, nous a réussi et qui d'après les bons résultats qu'elle a déjà obtenus entre les mains de certains praticiens, nous semble appelée à remplacer avec avantage des médicaments qui inspirent

tous, sinon un dégoût invincible, du moins une profonde répugnance.

« Il nous reste à dire quel est le mode de préparation et d'administration de cette substance : il est des plus simples et des plus agréables.

« La veille, le malade est soumis à la diète la plus sévère et prend un purgatif : huile de ricin, 40 grammes. Le lendemain matin, il s'administre 200 graines (environ 40 grammes) de semences de citrouille, mondées de leurs pellicules et pilées dans un mortier avec suffisante quantité de sucre. On verse, sur la pâte qui en résulte, la valeur d'une tasse de lait qu'on fait couler lentement, tout en agitant le mélange. On avale le tout. Deux heures après, on prend 40 grammes d'huile de ricin en émulsion et on attend les résultats ; tout cela se passe sans malaise, ni coliques. »

Huile cyanhydrée. — Réclamation.

Dans un des derniers numéros de votre recueil, j'ai lu que M. Jeannel, professeur de thérapeutique à Bordeaux, s'était livré à de nombreuses expériences afin de désinfecter l'huile de foie de morue, et qu'après beaucoup de peines et de soins il était arrivé à son but au moyen de l'essence d'amandes amères. M. Jeannel a trouvé que cette essence fait disparaître l'odeur nauséeuse de l'huile de foie de morue la plus infecte, etc., etc. Je dirai à notre confrère qu'il a été bien bon de s'être donné tout ce travail. Il n'avait qu'à consulter les Annales cliniques de Montpellier du 25 mars 1854, le Répertoire de pharmacie, et presque tous les journaux de médecine de cette époque, et il y aurait trouvé son article tout fait. Il aurait vu que dès cette époque je désinfectais l'huile de foie de morue à la faveur de l'essence d'amandes amères, et que je donnais à cette huile ainsi désinfectée le nom d'*huile cyanhydrée*. Je disais même que pour arriver à cette solution il ne m'avait pas fallu de très-grands efforts d'imagination puisque, dans nos laboratoires, nous enlevions l'odeur des mortiers infectés de copahu ou d'essence de térébenthine au moyen de la pâte d'amandes amères et que, par analogie, je supposai que l'essence d'amandes amères pouvait être la cause des effets obtenus sur le copahu et l'essence de térébenthine, et que ce procédé avait parfaitement réussi sur l'huile de foie de morue, comme il a réussi à M. Jeannel, ainsi qu'à M. le docteur Rennes, de Bergerac. Ce médecin vient de publier un autre article dans la Gazette des Hôpitaux, annonçant aussi cette nouvelle découverte

comme lui appartenant. Ces deux découvertes simultanées auraient été pour moi, si mes occupations me l'avaient permis, une belle occasion de reprendre mes articles sur le vieux neuf en pharmacie; mais, aujourd'hui, exclusivement occupé de la pratique pharmaceutique, j'ai échangé ma plume contre la spatule; et si je la dérouille pour un instant, c'est uniquement pour prévenir toute discussion quant à la priorité de ce procédé, en leur faisant connaître le véritable auteur de la *désinfection* de l'huile de foie de morue par l'essence d'amandes amères.

F. Sauvan,
Pharmacien à Agen.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation de tétanos traité sans succès par le sulfate d'atropine en injections hypodermiques.

En tête des applications les plus heureuses de la médication hypodermique, le *Bulletin de Thérapeutique* du 30 avril 1860 n'hésitait pas à placer les essais de traitement du tétanos par les injections de sulfate d'atropine, et signalait à l'appui le succès rapporté par M. le docteur Pescheux. En effet, la terrible maladie semblait avoir cédé si facilement dans ce cas à la nouvelle médication, qu'en applaudissant à cette défaite nouvelle d'un ennemi qui ne se laisse pas souvent surprendre, chacun de nous a pu, comme moi, rêver l'espérance d'une victoire aussi éclatante, dès que l'occasion s'en présenterait. Vain espoir, trop promptement déçu, comme on va le voir !

Obs. Lehmann, garde forestier, âgé de trente-neuf ans, vigoureux et habituellement bien portant, est frappé, le 25 juin 1860, de quatre coups de couteau : un sur la base pariétale gauche, un autre à la fosse sus-épineuse, le troisième vers l'angle inférieur de l'omoplate du même côté, et le dernier sur la partie externe et médiane du bras droit. Les trois premières blessures se cicatrisèrent rapidement. La dernière plaie seule offrait de la gravité. En effet, elle fut d'abord suivie d'une hémorrhagie abondante, avec suffusion sanguine des tissus environnants et gonflement considérable du bras. Les jours suivants le malade dormit mal et se plaignit beaucoup.

Le 27, le gonflement est augmenté, la peau devient chaude et rouge à la partie interne du bras et de l'avant-bras, la pression ne fait sortir de la blessure qu'un sang noir et fluide.

Le 1er juillet, la plaie laisse échapper une assez grande quantité

de pus fétide, mais bien lié, dont l'écoulement se continue les jours suivants, en même temps que la rougeur de la peau et le gonflement des tissus disparaissent. Le sommeil est bon, l'appétit renaît et le malade semble marcher vers une guérison prochaine.

Mais le 4 juillet, à trois heures du matin, Lehmann se réveille, éprouvant une sensation de constriction à la gorge, et une certaine difficulté d'avaler. Passant, par hasard, le même jour à cinq heures du soir devant sa maison, j'entrai pour m'informer de son état, et je fus effrayé de constater les phénomènes caractéristiques de l'invasion du tétanos : trismus assez prononcé pour permettre à peine l'introduction du petit doigt entre les incisives, impossibilité de tirer la langue, ou d'en abaisser la base avec le manche d'une cuiller, comme on le fait lorsqu'on veut inspecter l'arrière-gorge : *la base de la langue est dure comme du bois, et d'une immobilité qui résiste à l'effort le plus énergique.* La physionomie conserve son expression habituelle, la prononciation seule est un peu gênée. La tête jouit de sa mobilité, ainsi que les membres et le tronc, excepté l'avant-bras du côté droit, qui est fléchi et immobile, et le bras dont les mouvements sont difficiles et limités ; le biceps et le deltoïde ont la dureté du bois. La plaie du bras est sèche, blafarde et n'a pas donné de suppuration depuis le matin. Je prescris 20 centigrammes d'extrait de belladone en potion.

Le 5 juillet, après une nuit sans sommeil, le malade ne peut plus avaler ni écarter les dents ; il respire avec peine et prononce difficilement. La tête est immobile et renversée en arrière. Les traits sont tirés et la physionomie a l'expression caractéristique du tétanos. Les muscles du cou, de l'épaule et du bras droit sont en contraction permanente. M. le docteur Poulet est appelé à voir le malade avec moi, et, attendu l'impossibilité absolue où se trouve le patient d'avaler, nous décidons de faire usage d'injections hypodermiques de sulfate d'atropine, jusqu'à la production des effets physiologiques du médicament. Les injections sont faites avec une solution de 5 centigrammes de sulfate d'atropine dans 100 gouttes d'eau distillée, au moyen de la seringue Pravaz. Il faut aller jusqu'à 14 milligrammes d'atropine pour obtenir l'effet désiré : sécheresse de la bouche, dilatation des pupilles, hallucinations, délire, etc., état qui dure de cinq à onze heures du soir. Alors, disent les assistants, le malade recouvre la raison, peut avaler, se lever et satisfaire à ses besoins.

Mais le 6 au matin, la roideur tétanique est revenue et s'étend déjà aux muscles de la poitrine et du tronc : opisthotonos, anxiété

respiratoire, pouls dur, serré, à 120, lèvres violettes, conjonctives rouges, une ou deux fois par minute secousses brusques et douloureuses ; injections hypodermiques de 7 milligrammes d'atropine, dose qui produit de nouveau l'ivresse atropique, sans que la roideur des parties tétanisées soit en rien diminuée. A deux heures, les muscles pectoraux deviennent immobiles et le malade succombe à l'asphyxie. L'autopsie démontra que la plaie du bras droit avait intéressé la veine céphalique, un filet nerveux émanant du radial et l'artère brachiale externe.

On le voit, rien ne peut égaler la profondeur de ma déception, si si n'est la plénitude de mon insuccès. Mais, comme à tout il y a une cause, je voudrais bien savoir pourquoi j'ai échoué où notre confrère de Verneuil avait réussi ?

Ce n'est pas, dans tous les cas, la méthode hypodermique qui peut être accusée. Rien n'est plus juste, plus sûr et plus prompt que l'effet d'un médicament administré de cette manière. Si quelque agent puissant guérit un jour le tétanos, il sera administré par la seringue Charrière-Pravaz.

Est-ce le médicament qui serait le coupable? Pas davantage.

Et d'abord les symptômes initiaux du tétanos se sont montrés le 4 juillet à trois heures du matin, tandis que la première injection n'a été faite que le lendemain à cinq heures du soir : première et inutile perte temps.

En second lieu, j'ai dit qu'après l'injection de 14 milligrammes de sulfate d'atropine, les symptômes d'intoxication ne tardèrent pas à se montrer et que le délire atropique dura sept heures, temps après lequel les phénomènes tétaniques parurent s'amender au point que la malade put se lever, aller à la garde-robe, et boire avec facilité. Or, la deuxième injection n'a été faite que neuf heures après la disparition des effets physiologiques de la première, et alors que la roideur tétanique, un moment vaincue, s'était étendue déjà aux muscles de la poitrine. C'est pendant ce long intervalle que la maladie, libre de toute entrave, a repris une marche plus rapidement envahissante, de telle sorte que l'état était des plus graves, au moment de la deuxième injection. Cette fois encore les phénomènes d'intoxication se sont montrés, mais sans produire aucun effet sédatif sur le tétanos. Si donc la première injection a momentanément fait rétrocéder la maladie, n'est-il pas probable qu'en maintenant la saturation atropique, la maladie eût été vaincue définitivement. Pourquoi donc avoir ainsi, deux fois, perdu un temps précieux ?

Cela provient de l'impossibilité où se trouve le médecin de campagne de passer une journée entière près d'un malade, ainsi que de la distance qui le plus souvent l'en sépare. Ainsi chaque jour j'étais forcé de faire quatre heures de marche pour voir deux fois mon garde. Heureux les médecins qui ont des hôpitaux et des aides pour les suppléer pendant leurs absences, et surtout qui n'ont pas de nombreux kilomètres à parcourir dans les montagnes !

J'ai fait pour Lehmann ce qu'il m'était possible, mais ce n'était pas encore assez. Si j'avais à recommencer ma tentative, ne pouvant m'installer en permanence près de mon malade et lui administrer constamment l'atropine par la voie hypodermique, je tournerais la difficulté. Je pratiquerais des injections jusqu'à ce que le tétanos eût lâché prise, et, la résolution de la maladie obtenue, je continuerais la médication par la bouche, à l'aide d'une potion au sulfate d'atropine dosée de manière à éviter que le malade sortît, même momentanément, de l'ivresse atropique. Le succès est à ce prix, si la belladone est le vrai remède du tétanos. Mais *adhuc sub judice lis est.* Que mon observation serve de témoin au procès thérapeutique.

BENOIT,
D. M. à Giromagny (Haut-Rhin).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes, par le docteur BECQUEREL, médecin de l'hôpital de la Pitié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2 volumes avec un atlas de 18 planches.

Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, par le docteur NONAT, médecin de la Charité, agrégé libre de la Faculté.

Lectures, etc., ou *Leçons sur les maladies des femmes*, par le docteur CH. WEST, médecin accoucheur de l'hôpital Saint-Barthélemy (en anglais).

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

A quelques mois d'intervalles, la littérature médicale s'est enrichie de quatre traités sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. On serait donc mal venu maintenant à dire que nous sommes pauvres en rtaités sur les maladies des femmes, et, tout en professant que ces traités laissent encore un assez grand nombre de points sans solution bien certaine, nous ferions preuve d'ingratitude en ne rendant pas justice aux efforts qui ont été faits pour remédier à ces lacunes de la science par les hommes distingués dont le nom figure en tête de cette revue bibliographique. Ces divers ou-

vrages se présentent d'ailleurs sous des aspects particuliers, et se recommandent à l'attention par des qualités fort différentes : les uns ayant plutôt en vue, comme l'ouvrage de M. Becquerel par exemple, de dresser le bilan de la science en ce qui touche les affections utérines; les autres, comme l'ouvrage de M. Nonat, se proposant surtout pour but de faire connaître les opérations et les pratiques de l'auteur lui-même, de les dégager de ce qui peut leur être étranger, et, jusqu'à un certain point même, de les justifier des exagérations dont elles ont été le point de départ ; les autres enfin, comme celui de M. West et de notre collaborateur, M. Aran, affectant des allures à la fois plus nettes et plus ambitieuses, celles de faire la critique des connaissances actuelles et d'indiquer les *desiderata* de la science.

On nous a vivement reproché, presque comme une injustice, le jugement que nous avons porté sur l'ouvrage de M. Scanzoni, dont la traduction a paru en France quelque temps avant les ouvrages français dont nous avons à rendre compte aujourd'hui, et l'on sera peut-être étonné que nous n'usions pas d'une égale sévérité envers l'ouvrage de M. Becquerel, élémentaire comme celui de M. Scanzoni, et possédant les qualités et les défauts de celui de l'auteur allemand. Il nous semble pourtant que la parité n'est pas parfaite : le livre de M. Scanzoni pouvait être très-bon pour l'Allemagne, et le résumé que l'auteur donnait des travaux allemands pouvait en faire un livre bon à consulter en France pour ceux qui voulaient écrire sur ces matières ; mais M. Scanzoni avait ce grand désavantage sur M. Becquerel, que, n'étant pas au courant des travaux français, il était exposé à laisser tout à fait dans l'ombre des choses presque vulgaires, à force d'être connues de nous tous. Nous dirons donc du livre de M. Becquerel ce que nous en pensons, c'est-à-dire que ce livre remplit le but, trop modeste à notre avis, que l'auteur s'est proposé, celui de résumer les travaux que possède la science, de vulgariser les doctrines et les pratiques de ses prédécesseurs et de ses contemporains. Autrement dit, le livre de M. Becquerel est à nos yeux trop élémentaire, et un médecin de sa valeur pouvait certainement lui imprimer un cachet plus élevé et plus pratique; mais tel qu'il est, il est utile, et par conséquent le succès ne peut lui manquer, pas plus qu'il n'a manqué et ne manquera aux ouvrages élémentaires quelconques destinés à vulgariser des choses peu connues, comme tout ce qui touche aux affections utérines.

Si l'ouvrage de M. Becquerel laisse malheureusement trop de place à l'indécision, au milieu des solutions contradictoires qu'il consigne à propos d'un grand nombre de questions, un pareil re-

proche ne saurait atteindre l'ouvrage de M. Nonat. En lisant son livre, on est heureux de voir qu'on est en face d'un médecin arrivé à des convictions profondes, énergiques, et qu'il ne serait pas facile d'ébranler. Peut-être pourrait-on reprocher à M. Nonat d'avoir laissé dans l'ombre bien des questions, de renvoyer trop souvent au jugement des chirurgiens des choses sur lesquelles il serait fort compétent pour se prononcer; mais en revanche il y a dans ce livre un parfum d'expérience et d'observation qui fait plaisir, et l'on se dit que si l'auteur se trompe, ce qui peut arriver à tous, il le fait au moins avec conviction, avec conscience, avec maturité même; car il ne s'est prononcé qu'après avoir longtemps observé et réfléchi.

Comme on le sait, M. Nonat est un des grands propagateurs de cette doctrine qui fait jouer un très-grand rôle dans la pathologie utérine au phlegmon péri-utérin. On peut dire par conséquent que presque tout le livre de M. Nonat est dans ce chapitre et dans celui qui y touche par tant de points, dans l'hématocèle péri-utérine. On peut différer d'opinion avec lui, relativement à l'importance et à la fréquence de ces deux affections, on peut ne pas être de son avis sur le siége primitif de la lésion anatomique, mais il est impossible de ne pas rendre justice aux efforts persévérants à l'aide desquels M. Nonat est enfin parvenu à introduire dans la médecine des doctrines qu'on aurait acceptées avec bien de la difficulté autrefois. En lisant ces deux chapitres, on arrive également à cette conviction que l'on a prêté à M. Nonat des pratiques thérapeutiques qui ne sont pas les siennes, et que s'il emploie peut-être plus que d'autres les émissions sanguines et les cautérisations avec le feu, il n'est rien moins qu'un Broussais et qu'un Percy. En somme, nous aimons à rendre justice au livre de M. Nonat, imparfait comme tout ce qui sort de la main des hommes, mais qui a pour nous cette grande supériorité qu'il est lui-même, et qu'il témoigne d'une conviction profonde et d'une observation de longue date. Nous aimons d'autant plus à faire cette déclaration, que nous ne partageons pas complétement les idées du savant médecin de la Charité, et que nous n'avons pu voir sans regret l'espèce d'injustice avec laquelle ce livre a été accueilli, comme si en définitive ce livre n'avait pas en lui beaucoup plus de choses nouvelles que n'en renferment d'autres ouvrages qu'on a reçus, au contraire, avec la plus grande faveur. L'ouvrage de M. Nonat ne représente que lui; mais un homme de son âge et de sa valeur, un médecin qui pratique avec succès depuis tant d'années, un clinicien dont l'enseignement

est aussi suivi, avait bien le droit d'exposer devant le public impartial le fruit de ses recherches; et ses adversaires pouvaient attendre que le temps eût prononcé et ne pas devancer son arrêt.

Nous avons déjà dit, implicitement en quelque sorte, ce que nous pensions de l'ouvrage de M. West et de celui de notre collaborateur, M. Aran. Ce sont surtout des ouvrages destinés à des praticiens, et comme tels des ouvrages dans lesquels les auteurs se sont attachés à soumettre à un contrôle sévère les doctrines de leurs prédécesseurs et de leurs contemporains, dans lesquels ils n'ont pas reculé bien souvent devant l'aveu franc et loyal de leur non-savoir, dans lesquels ils ont prodigué à pleines mains les détails sur les choses à faire et à ne pas faire, tâche bien oiseuse sans doute aux yeux de beaucoup, mais plus avantageuse cependant qu'on ne pense pour la grande masse des praticiens qui n'ont pas le temps suffisant pour remonter aux sources. Ce sont donc des ouvrages qui, fort utiles à ceux qui exercent la médecine, auront certainement moins d'attrait pour ceux qui débutent, et il serait peut-être même à craindre que la lecture de ces deux ouvrages ne fût pas sans quelque danger pour des commençants, exposés à trouver le silence et l'ombre là où ils croyaient trouver le bruit et la lumière, exposés à rencontrer bien souvent des solutions tout à fait opposées à celles que leur fournissent les enseignements officiels. De sorte que si nous avions un reproche à faire à ces deux ouvrages, nous leur ferions celui de soumettre à une critique trop sévère les opinions et les doctrines de leurs devanciers et de leurs contemporains, et de s'exposer par conséquent à dissoudre, à renverser ce qui existe sans pouvoir toujours y substituer un nouvel édifice. Mais les résultats possibles de ces tendances critiques ne doivent pas nous faire perdre de vue l'utilité pratique toujours très-grande des tentatives de ce genre, et nous empêcher surtout de témoigner de l'estime que nous professons pour des travaux aussi importants et aussi consciencieux.

Et maintenant, si nous devions prononcer sur le mérite relatif de ces deux derniers ouvrages, nous n'hésiterions pas, malgré notre amitié pour notre collaborateur, et nous croyons en cela traduire son opinion personnelle, nous n'hésiterions pas, disons-nous, à donner la première place à l'ouvrage anglais, l'un des livres, de l'aveu des hommes compétents, les plus remarquables et les plus complets dont la littérature médicale se soit enrichie depuis nombre d'années, l'un des livres par conséquent qui méritaient le plus l'honneur d'une traduction française. Espérons pour les médecins français que

justice lui sera rendue, et nous sommes sûr d'avance qu'à la lecture de ce livre ils ratifieront notre jugement.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Bains d'air comprimé *dans l'asthme, l'emphysème, etc.* Lorsque nous avons rendu compte de l'ouvrage de M. Bertin sur l'emploi des bains d'air comprimé, nous avons signalé les premiers résultats encourageants de ses expérimentations. On a vu par ce premier travail que l'emphysème essentiel trouvait un moyen de guérison efficace dans le bain d'air comprimé. Poursuivant cet ordre de recherches, M. Bertin a appliqué cette méthode de traitement à des cas d'emphysème survenu à la suite de fréquents accès d'asthme catarrhal ou nerveux. Il s'est proposé de savoir si dans ces cas où la maladie est souvent moins étendue, les complications qui existent ne pouvaient pas suffire pour la rendre plus grave et la soustraire à l'action curative de l'air comprimé. Voici à cet égard ce que lui ont appris les faits :

Sur 92 cas de cette nature, il a trouvé 67 exemples de guérison complète et durable; les 25 autres n'ont pas été rangés dans la même catégorie, soit parce qu'un traitement interrompu trop tôt avait laissé subsister quelques traces d'emphysème, soit parce que les maladies qui les compliquaient persistaient encore avec quelque énergie, et que quelques-uns de leurs symptômes particuliers ne permettaient pas de s'assurer de la guérison absolue de l'emphysème. Ce n'est, au reste, que dans 3 de ces 25 cas qu'il a résisté d'une manière presque absolue; dans tous les autres, l'état du malade était si heureusement modifié; la dilatation du thorax, son immobilité, sa résonnance tympanique, l'extinction plus ou moins complète des bruits respiratoires, symptômes qui n'appartiennent qu'à l'emphysème, étaient si bien dissipés, qu'il eût été permis de croire à de véritables guérisons. Toute hésitation à ce sujet dépendait d'un reste d'oppression qui pouvait, il est vrai, se rattacher à quelques dernières traces d'emphysème, mais plus vraisemblablement aussi au spasme ou au catarrhe, comme l'indiquait la présence des râles qui leur appartiennent et qui ne permettaient pas toujours d'apprécier exactement l'état des bruits de la respiration.

Du reste, ajoute M. Bertin, sous l'influence de l'air comprimé, l'affection catarrhale elle-même a été très-souvent guérie, d'autres fois considérablement soulagée. Dans tous les cas les malades se montraient, par la suite, bien moins impressionnables aux causes qui autrefois les enrhumaient, et leurs catarrhes, quand ils en contractaient, étaient exempts des angoisses qui, sous l'influence de l'emphysème, les rendaient autrefois si pénibles. Ce n'étaient plus des accès d'asthme.

Les asthmes nerveux ont dû parfois à leur caractère particulier une plus grande résistance, mais le plus grand nombre a cédé, et quand, après la guérison, une cause quelconque réveillait un instant de dyspnée, celle-ci, simple phénomène spasmodique, était toujours exempte des angoisses et de la durée qu'elle présentait jadis. (*Montpellier médical*, 1860.)

Carie costale *traitée avec succès par le baume Opodeldoch.* Nous avons signalé, il y a sept ou huit ans, les premiers essais qui ont été faits de l'application du baume Opodeldoch au traitement des nécroses. Depuis cette époque il n'a plus guère été question de cette méthode, du moins dans les publications qui sont parvenues à notre connaissance. Voici un fait qui protesterait au besoin contre cette sorte d'indifférence à l'égard d'une méthode qui a déjà produit des résultats dignes d'attention

Une dame C***, âgée aujourd'hui de trente et un ans, d'un tempérament lymphatique, accoucha, en novembre 1846, d'un garçon bien constitué. Elle n'avait jusqu'alors été sujette à aucune maladie; mais, peu après son accouchement, elle commença à ressentir de la douleur au côté droit de la poitrine, suivie d'un abcès à marche lente, qui fut ouvert au mois de mars dernier. L'exploration du fond de la plaie, au moyen du petit doigt et du stylet, démontra aussitôt les ravages que la carie avait déjà faits dans le

tissu de la seconde côte. Toute la circonférence externe de cet os était sensiblement tuméfiée dans son tiers antérieur; mais c'était surtout vers son articulation avec le cartilage correspondant que ce gonflement était apparent; ses lames antérieures et superficielles étaient détruites dans l'étendue d'un pouce et demi; la maladie s'était déjà propagée au cartilage qui en naît, de sorte qu'il y avait à combattre à la fois une chondrite et une ostéite costales. A ces phénomènes locaux se joignirent des symptômes généraux, tels que la fréquence du pouls, chaleur de la peau, sueurs nocturnes, diarrhée, affaiblissement considérable. M. Flaschoen, qui rapporte ce fait, prescrit d'abord un traitement général ayant pour base l'huile de foie de morue à l'intérieur et le baume Opodeldoch mitigé selon la méthode du docteur Vandenbroeck. Il injecta dans les différents trajets fistuleux du fond de la plaie un mélange composé ainsi :

Huile de lin............	9 parties.
Baume Opodeldoch.......	1 partie.

Un plumasseau trempé dans le même liquide fut en outre mis au fond de la plaie, et de larges gâteaux, également imbibés de baume, couvrirent toute la surface environnante. Tous les matins, le pansement fut renouvelé. Au bout de cinq à six jours, la proportion de baume Opodeldoch fut progressivement augmentée, et à la fin du mois de mai, c'est-à-dire vers le moment de la guérison, le baume et l'huile se trouvaient unis en proportion égale. Les ouvertures des trajets fistuleux qui se trouvaient au fond de la plaie durent en même temps être tenues dilatées au moyen de petits cylindres, de fines éponges ou de mèches faites avec quelques brins de soie ou de charpie, entourés d'un fil ciré, qu'on laissa en dehors de la plaie, afin de pouvoir facilement les extraire. M. Flaschoen introduisait ces corps à l'aide du stylet à séton, pour empêcher les ouvertures de se fermer et se réserver la possibilité d'injecter chaque jour.

Ainsi dirigé, ce traitement fit disparaître insensiblement tous les symptômes généraux; les douleurs s'amortirent, puis cessèrent tout à fait en rendant à la malade son sommeil réparateur. La plaie prit de jour en jour un aspect plus satisfaisant, les parois se rapprochèrent; la suppuration perdit ses mauvais caractères, et après la sortie de petites esquilles, ce qui n'arriva que le deuxième mois, la cicatrisation s'opéra régulièrement; et au bout de trois mois de traitement Mme C*** était complétement guérie. (*Correspond. méd.*, août 1860.)

Coliques hépatiques (*Formules contre les*). Dans une note lue à la Société de médecine sur cette sorte de colique, beaucoup plus fréquente que les auteurs classiques ne le disent, M. Fauconneau-Dufresne signale les bons effets qu'il a obtenus de la préparation suivante :

PR.	Opium brut..........	2 grammes.
	Acide tartrique.......	1 gramme.
	Esprit de succin......	2 grammes.
	Térébenthine..........	2 grammes.
	Teinture de cannelle.	1 gramme.
	Rhum..............	7 grammes.
	Huile d'anis.........	4 gouttes.

Le produit filtré est de 10 grammes; 10 à 12 gouttes représentent 5 centigrammes d'extrait d'opium. Le malade peut en prendre plus ou moins, jusqu'à cette dose, sur un morceau de sucre. Ces gouttes calmantes sont destinées aux malades sujets à des coliques hépatiques et qui craindraient d'être pris de leurs souffrances pendant un voyage.

M. Fauconneau signale qu'un de nos confrères, M. Vollant (d'Argenton) a employé avec succès, sur lui et sur d'autres malades en proie à des accès de coliques hépatiques, des doses de 1 centigramme de chlorhydrate mêlé à un peu de sucre en poudre ou de réglisse. Avant de faire prendre une de ces doses, M. Vollant attend que la douleur ait été supportée un certain temps pour ne pas entraver la marche du calcul, et que le malade soit au lit. Aussitôt qu'elle est prise, il recommande au malade de rester dans le repos le plus parfait. Peu après surviennent une légère moiteur, un relâchement dans la douleur, du calme et cette somnolence agréable que procure la morphine. Si la première dose ne produit pas entièrement cet effet, on a recours, une demi-heure ou une heure après, à une seconde dose. Ce médecin assure qu'on est rarement obligé d'avoir recours à une troisième pour triompher de la douleur provoquée par le calcul engagé, qui passe alors.

Après la lecture du mémoire de M. Fauconneau, M. le docteur J. Worms a rappelé que Rademaker employait le chardon marin contre la colique. Voici la formule :

Semences entières de chardon marin	500 grammes.
Alcool rectifié	500 grammes.
Eau	500 grammes.

Laissez infuser pendant huit jours, exprimez et filtrez. On donne de 20 à 60 gouttes de cette teinture, trois fois par jour. (*Gaz. hebdomadaire*, août.)

Laryngite spasmodique. *Mort apparente. Respiration artificielle. Guérison.* Cette espèce de laryngite spasmodique, à laquelle on a donné le nom d'asthme de Millar ou d'angine striduleuse (Bretonneau), est une affection très-grave, mais peut-être encore plus effrayante que grave, car elle n'est pas toujours au-dessus des ressources de l'art. Témoin le fait suivant, dans lequel la respiration artificielle a eu un résultat extrêmement heureux.

Un jeune garçon de sept ans, enfant malingre, peu développé, ayant subi depuis trois ans un grand nombre d'accès de toux rauque avec étouffement, fut pris, le 1er juillet dernier, d'une fièvre intense, avec recrudescence bien marquée du catarrhe trachéo-bronchique dont il était atteint. Le lendemain, il se déclara une éruption rubéolique qui parcourut, les jours suivants, ses phases habituelles. Le 4 juillet, elle commençait à décroître, lorsque l'enfant éprouva, dans la soirée, une crise violente de toux, avec râle laryngé et étouffement. Voici dans quel état le médecin trouva cet enfant: un râle également bruyant marquait l'inspiration et l'expiration; la voix était tout à fait éteinte, il n'y avait plus de toux; 45 respirations par minute et 150 pulsations faibles, inégales, irrégulières; connaissance intacte. Questionné sur le siége de son mal, le petit malade porte la main au devant du cou, dont tous les muscles sont agités de contractions excessives. Cependant, l'inspection directe de la gorge ne révélait ni gonflement, ni fausses membranes: on y voit seulement cette légère rougeur qui est propre à la pharyngo-laryngite de la rougeole. Mais la scène ne tarda pas à changer. La respiration, jusque-là très-accélérée, s'arrêta tout d'un coup; le pouls, déjà presque insensible, cessa de battre; les lèvres, bleues par l'asphyxie, devinrent pâles et immobiles; les yeux, convulsés en haut, devinrent ternes; tous les membres tombèrent dans une résolution complète; en un mot, on avait sous les yeux le tableau de la mort par asphyxie. L'auteur anonyme de l'observation que nous analysons porta à plusieurs reprises le doigt dans l'arrière-gorge, afin de déterminer des efforts de vomissements, mais sans résultat. Il introduisit plusieurs fois l'indicateur dans l'entrée du larynx et trouva cet orifice rétréci par le gonflement des replis arythéno-épiglottiques; il ne put franchir la glotte, qui ne permettait pas l'introduction de la phalange. Il ne résulta de cette manœuvre plusieurs fois répétée ni toux, ni nausée, ni aucune trace de mouvement. Ce fut alors que le médecin se décida à essayer, à tout hasard, de provoquer une respiration artificielle par des pressions rhythmiques exercées sur la région sternale. Le premier effort de compression détermina mécaniquement l'expulsion d'une certaine quantité d'air qui traversa le larynx, en produisant le bruit qu'on obtient en pressant la poitrine d'un animal mort. Puis le thorax, en reprenant sa capacité normale, fit appel à une portion d'air qui pénétra à son tour dans les bronches. Une dizaine de nouvelles pressions exercées ainsi à intervalles réguliers eurent le même résultat. La main, appliquée sur la région précordiale, fit constater quelques obscurs battements du cœur. Après dix minutes de ces manœuvres, le pouls commença à redevenir perceptible; au bout d'une demi-heure, la respiration commença à s'effectuer seule, mais imparfaitement; l'expiration avait encore besoin du secours de la main. Enfin, après une heure d'efforts non interrompus, la respiration était rétablie, mais bruyante et laborieuse. Bref, le lendemain matin, l'enfant eut un dernier accès de suffocation moins fort que les précédents, et le surlendemain la respiration était parfaitement régulière; il y eut encore un peu de fièvre, avec une toux légère et persistance de l'aphonie. Le 21 juillet, la santé de l'enfant était parfaitement rétablie; il ne restait plus qu'un peu d'enrouement. (*Monit. des sciences méd.*, 24 juillet.)

Ongle incarné. *Traitement par l'excision complète des parties latérales de l'ongle.* Après avoir traité l'ongle incarné par les différentes méthodes en usage, M. le docteur Alix s'est arrêté au procédé suivant, qu'il pratique maintenant de préférence à tout autre. L'opération se divise en deux temps: il suffit, pour la pratiquer, d'une paire de ciseaux droits mousses,

à lames étroites, et d'une pince à dissection. Dans le premier temps, une des lames est glissée sous l'ongle, le long du bord incarné, jusqu'au fond du sillon ; puis, par le rapprochement des lames, toute cette partie latérale de l'ongle est détachée, et il devient facile de l'enlever avec les pinces. Dans le second temps, le bout de l'ongle est saisi par les pinces au fond du sillon, et un coup de ciseaux donné obliquement en enlève une portion triangulaire. De cette manière, il ne reste plus d'ongle pénétrant dans la partie malade et la plaie a le temps de se cicatriser avant la formation du nouvel ongle. La même manœuvre sera répétée de chaque côté, s'il est nécessaire.

Le succès de cette opération n'est assuré qu'à la condition que l'excision soit totale et qu'elle s'étende jusqu'au fond du sillon. Pour reconnaître si l'opération n'est pas incomplète, il suffit de se rappeler que la racine de l'ongle se continue avec l'épiderme de la face dorsale du doigt par une portion réfléchie qui passe par une transition insensible de l'état corné à l'état épidermique proprement dit. On est sûr que l'opération est complète, si, avec la racine de l'ongle, on a enlevé cette portion réfléchie.

Les deux temps de l'opération ne peuvent pas toujours être exécutés comme ils viennent d'être décrits. Par exemple, si l'ongle est cassant, il ne pourra pas être divisé du premier coup jusqu'au fond du sillon. Il faut alors saisir aussi profondément que possible avec les pinces et ramener au dehors le coin d'ongle enfoui dans les chairs ; puis on le sépare d'un coup de ciseaux donné obliquement. Ici la fin du premier temps est confondue avec le second temps de l'opération. Enfin, dans le cas où l'ongle serait incarné des deux côtés, et où il serait assez altéré pour que ce procédé devînt long et douloureux, il vaudrait mieux recourir à l'arrachement total. (*Monit. des sciences méd.*, août 1860.)

Paralysie partielle, *suite de commotion électrique reçue dans un poste télégraphique pendant un orage. Guérison par la faradisation.* On connaît les effets les plus habituels de la fulguration, dont les annales de la science présentent de loin en loin des exemples. L'application encore récente de l'électricité à la télégraphie a déjà fourni quelques nouvelles occasions d'étudier ces effets. L'observation suivante présentera de l'intérêt non-seulement à titre d'exemple du danger que peuvent courir parfois les employés des télégraphes, mais aussi sous le rapport du mode de production des accidents observés, de leur nature et de leur traitement.

Le 9 août 1859, M. L*** était de service au poste télégraphique de Quimper. Depuis une heure ou deux les palettes des appareils, vivement attirées par intervalles contre les électro-aimants, indiquaient la présence d'un violent orage sur la ligne. Depuis quarante-cinq minutes à peu près, il avait interrompu le circuit, en mettant la communication à la terre. A deux heures trente-cinq minutes, il travailla quelques instants avec son correspondant; au moment où il terminait, il reçut dans la face palmaire de la main droite une très-violente commotion et entendit un bruit semblable à celui que produit une forte capsule en éclatant. En même temps il fut renversé sur le sol et eut immédiatement une forte attaque de nerfs. Des soins lui furent donnés aussitôt ; on remarqua sur la face antérieure de l'avant-bras une traînée rouge de la largeur d'un travers de doigt à peu près, et qui s'étendait du poignet au coude et avait l'aspect d'une brûlure au premier degré. La main et l'avant-bras étaient le siége d'un engourdissement profond.

Le lendemain, les mouvements de flexion des doigts et ceux de la main sur l'avant-bras étaient impossibles. Le surlendemain l'état était de même ; mais, en outre, le bras et tout le côté droit, depuis et y compris la région cervicale jusqu'au genou inclusivement, étaient complétement engourdis. On mit successivement en usage des bains alcalins, des frictions avec l'alcool camphré, une pommade camphrée laudanisée, la teinture d'arnica. Peu à peu l'engourdissement et la gêne des mouvements diminuèrent, mais ces phénomènes persistèrent à la face antérieure de l'avant-bras et surtout à la main.

Ce ne fut que huit mois après, au mois d'avril dernier, que M. Leroy de Méricourt eut l'occasion de voir M. L*** pour la première fois et de lui donner ses soins. A cette époque, ce jeune homme présentait les symptômes suivants : sensation très-marquée de pesanteur dans tout le membre supérieur droit, impossibilité à peu près absolue d'exécuter les mouvements de flexion des doigts et surtout ceux d'opposition du pouce ; par suite la

préhension était impossible ; diminution notable de la sensibilité cutanée de la face antérieure de l'avant-bras. M. L*** ne pouvait plus apprécier avec la main droite les dimensions des corps, leur forme, la nature de leur surface, etc. M. Leroy de Méricourt lui proposa de le soumettre à la faradisation. La première séance eut lieu le 26 avril, avec l'appareil électro-médical de M. Ruhmkorff. La faradisation musculaire (courant de premier ordre) fit constater une diminution notable de la contractilité électro-musculaire des muscles des régions antérieures de l'avant-bras, de ceux de la main, mais surtout de ceux de l'éminence thénar. La faradisation cutanée (courant de deuxième ordre) fit reconnaître l'anesthésie de toute la surface palmaire de la main. Dans cette première séance, comme dans les suivantes, on s'attacha à faire contracter successivement pendant un quart d'heure les muscles fléchisseurs superficiels et profonds, ainsi que ceux de l'éminence thénar. Deux séances eurent lieu par semaine ; à chacune d'elles il était facile de constater les progrès rapides du retour de la contractilité électro-musculaire et du mouvement volontaire. Après la troisième, la main pouvait serrer les objets avec une certaine force; enfin, après la huitième, les mouvements et la sensibilité étaient suffisamment revenus à l'état normal pour qu'il ne fût plus nécessaire de continuer la faradisation.

Nous n'ignorons pas qu'il existe des exemples de guérison spontanée de ces sortes de paralysies ; mais dans ce cas-ci il ne paraît guère possible de mettre en doute l'efficacité de l'électrisation. Le laps de temps écoulé entre l'accident et l'emploi de ce moyen a été assez long pour qu'il ne soit pas permis de supposer que le résultat obtenu n'a été tout simplement que le retour graduel et naturel vers l'état normal. D'ailleurs l'amélioration rapide produite après chaque séance témoigne d'une manière manifeste en faveur de la médication. (*Gaz. des hôpit.*, août 1860.)

Phlébite *externe. Son traitement par l'emploi topique de la teinture d'iode.* On sait que la teinture d'iode a été employée avec succès en applications sur la peau dans le traitement de certaines affections, notamment dans l'hygroma, dans certains cas d'hydrarthrose. Ce moyen serait-il utile également contre la phlébite des veines superficielles ? Il ne répugne pas de le penser, et il en serait réellement ainsi d'après ce que rapporte M. le docteur Sporer, médecin des hôpitaux de Saint-Pétersbourg. Notre confrère russe dit avoir retiré de grands avantages de l'application de la teinture d'iode pure le long du trajet des veines enflammées, sur une surface s'étendant à un pouce ou deux de chaque côté du vaisseau. Il faut que cette application soit faite en assez grande quantité pour obtenir la pénétration du médicament autant que possible, et en commençant il convient de la réitérer toutes les deux ou trois heures. M. Sporer a, dit-il, obtenu des succès surprenants dans des phlébites qui s'étendaient jusque dans l'aine ou l'aisselle ; il cite des cas d'inflammations veineuses suite de saignées, ou consécutives à des phlegmons, des abcès, etc., qui ont été par ce moyen guéris avec rapidité. (*Med. Zeit. Russlands*, et *Med. Times and Gaz.*, mai 1860.)

Séton. *Son emploi dans le traitement de l'hydropisie des bourses séreuses sous-cutanées.* Les injections iodées donnent dans cette affection de si merveilleux résultats qu'elles ont dû être adoptées comme méthode générale de traitement. On aurait tort de croire cependant qu'elles réussissent toujours ; on les a vu échouer plus d'une fois dans les kystes à parois épaisses; il est encore d'autres circonstances où elles sont aussi restées sans effet, sans qu'on puisse se rendre compte des causes de cet échec. M. Foucher, dans un cas de ce genre, où l'injection avait échoué, et dans un cas de kyste à parois épaisses, qui lui avait paru en contre-indiquer l'usage, a obtenu au moyen du séton une guérison complète. Voici ces deux faits :

Obs. I. L*** (Augustin), quarante-sept ans, serrurier, entre à l'hôpital Necker le 14 mars 1860, pour se faire traiter d'un hygroma développé dans la bourse séreuse de la rotule, depuis environ six à sept semaines, et qui avait le volume d'un œuf de poule, à parois molles et souples. Le 15, on pratique une ponction et injection iodée. Le 18, la tumeur a le même volume qu'avant l'opération, elle n'est ni rouge ni douloureuse. Le 22, même état.

Le 12 avril, à deux reprises, on introduit un stylet dans la poche, dans le but de déchirer quelques fibres de la surface interne et de favoriser ainsi

la résorption du liquide. Ces nouvelles tentatives ayant été infructueuses, on se décida à recourir au séton. La tumeur fut traversée par un séton à sa base et dans son sens transversal. Le 15, le séton est retiré; du pus et des concrétions fibrineuses sortent par les ouvertures qui lui livrent passage; le 17, une seule des ouvertures du séton reste ouverte et donne issue à une petite quantité de pus. Il n'y a plus qu'un peu de liquide dans la poche, dont les parois paraissent s'être amollies dans une grande étendue. Le 19, la suppuration est presque entièrement tarie; le 23, à part quelques gouttes de pus, qui sortent encore par le trajet du séton, la guérison peut être considérée comme complète.

Obs. II. B*** (George), vingt-six ans, entre à l'hôpital pour un hygroma qu'il porte au genou gauche. Les parois de cette tumeur, peu douloureuse d'ailleurs, paraissent très-épaisses. Cette dernière circonstance détermine M. Foucher à recourir au séton. Le 15 mars, au moyen d'un trocart il traverse l'hygroma et y passe cinq fils cirés en deux sens, de droite à gauche et de haut en bas. Le 20, tous les fils sont retirés; l'hygroma est en pleine suppuration, la peau est rouge, douloureuse à la pression; il y a réaction fébrile. Le 27, il sort du pus en abondance de la tumeur. Le 30, l'inflammation est calmée; la poche est en grande partie recollée. A partir du 5 avril, il ne sort plus rien ou comprimant la tumeur. Le 7, la guérison est complète. (*Rev. de thérap. méd.-chirurg.*, août 1860.)

Utérus (*Nouveau cas de renversement de l'*) *réduit au moyen de la pression continue.* Nous avons rapporté dans un de nos derniers volumes (t. LVI, p. 201) un cas d'inversion de l'utérus datant de douze ans, dans lequel un chirurgien anglais distingué, M. Tyler Smith, ne désespérant pas du succès, malgré la date ancienne de l'accident, tenta et obtint la réduction au moyen de la compression exercée alternativement avec la main et à l'aide du pessaire à air. Voici un nouveau fait qui témoigne en faveur de la compression continue dans ces sortes de cas, et qui fait voir que, malgré l'ancienneté du déplacement, la guérison peut être obtenue, à condition bien entendu que l'utérus ne soit pas fixé dans ses rapports anormaux par des adhérences suite de péritonite. Il s'agit d'un renversement utérin remontant à six années.

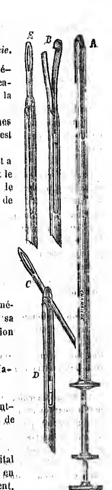
A. L***, âgée de vingt ans, primipare, fut accouchée avec le forceps, en 1852, après un travail de vingt-quatre heures, et le cordon, qui formait plusieurs tours autour du cou, se trouvant par là considérablement raccourci, le placenta fut entraîné à la suite de l'enfant. Il n'y eut pas d'hémorrhagie extraordinaire immédiatement après la délivrance; mais la jeune femme resta pendant quelque temps souffrante d'une paralysie de la vessie et d'un œdème des membres inférieurs, et pendant les six années qui suivirent, à peine passa-t-elle un jour sans perdre du sang par les parties génitales, sans compter les règles dont le retour avait lieu à peu près toutes les six semaines. Après plusieurs traitements de différents genres restés inefficaces, la malade fut confiée à M. Bockendahl qui, l'ayant examinée, reconnut l'existence d'une inversion utérine. La matrice formait dans le vagin une tumeur pyriforme d'environ 7 centimètres de longueur, rénitente, et sur laquelle la pression ne produisait d'autre effet que d'augmenter l'écoulement sanguin. Au moyen du spéculum, on voyait la membrane muqueuse utérine d'un rouge foncé et laissant filtrer du sang. Le vagin était décoloré, ainsi que toutes les autres muqueuses accessibles à la vue, expression et preuve de l'anémie dans laquelle était tombée la malade. M. Bockendahl pensa que le renversement s'était produit d'une manière graduelle; quoi qu'il en fût de cette opinion, comme il n'avait jamais existé aucun symptôme de péritonite, il crut que, malgré le degré de l'inversion qui était complète et la densité de l'organe, la réduction ne serait pas impossible et il résolut de la tenter. D'abord, après l'administration de bains chauds, il essaya d'introduire la main entière dans le vagin; mais il n'y put parvenir, l'orifice vulvaire se trouvant rétréci par une cicatrice suite d'une déchirure du périnée. Tout traitement fut alors interrompu jusqu'en octobre 1858; à cette époque il commença à malaxer chaque jour la tumeur avec les doigts, dans l'espoir de la ramollir, d'en diminuer le volume et de pouvoir finalement la refouler en haut; mais l'apparition des règles l'obligea à une interruption nouvelle. A la fin de novembre, M. Bockendahl, ayant eu connaissance du fait de M. Tyler Smith, voulut voir s'il n'arri-

verait pas au but en exerçant sur l'utérus renversé une pression continue, et en conséquence, le 27 novembre, il introduisit dans le vagin un ballon en caoutchouc de Braun. Il le retirait chaque jour pour se rendre compte de l'effet produit, puis le réintroduisait rempli d'eau et l'insufflait ensuite pour en accroître encore le volume autant que possible. L'instrument ne causait qu'un léger malaise, pendant environ deux heures. Le 2 décembre, la malade se plaignit de quelques douleurs dans le ventre : le ballon fut retiré, et, en procédant à son examen ordinaire, le médecin fut bien surpris de ne plus retrouver la tumeur : l'utérus s'était réduit; son col entr'ouvert permettait l'introduction de trois doigts, et offrait deux lèvres parfaitement distinctes. Mesuré avec la sonde, l'organe excédait de six lignes sa longueur normale. L'usage de la douche froide le ramena bientôt à son volume naturel, et l'hémorrhagie ne s'est plus reproduite. (*Deutsche Klinik*, et *Med. Times and Gaz.*, juin 1860.)

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

Pince destinée à l'extraction des corps étrangers de la vessie.



M. J. Charrière vient de présenter à l'Académie de médecine cet instrument, qu'il a fabriqué d'après les indications de M. Nélaton, et qui est destiné à extraire de la vessie les corps étrangers minces et résistants.

Cet instrument se compose d'une pince à deux branches glissant dans une forte canule en acier ; cette dernière est taillée en bec de flûte à son extrémité.

Des deux branches de la pince, l'une est plus longue et a la forme d'un crochet ; celui-ci saisit le corps étranger et le maintient, puis on ferme la pince en la faisant glisser ; le corps étranger bascule et vient se loger dans la fente de la canule.

A, instrument vu fermé pour l'introduction.
B, pince à deux branches vue ouverte.
C, passe-lacet vu saisi et basculant.
D, gouttière pratiquée dans la canule en acier.
E, passe-lacet vu saisi pour la sortie.

M. Bouchacourt, professeur de clinique à l'École de médecine de Lyon, a été nommé par l'Empereur, lors de sa visite à l'Hôtel-Dieu de cette ville, chevalier de la Légion d'honneur.

M. Davaine est nommé médecin par quartier de Sa Majesté.

M. le docteur Costilhes, médecin adjoint de Saint-Lazare, est nommé médecin titulaire, en remplacement de M. Collineau, décédé.

M. le docteur Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Cochin, a été nommé chirurgien de l'hôpital Necker, en remplacement de M. Lenoir. Par suite de ce changement, M. le docteur Desormeaux, chirurgien de l'hôpital de

Loureine, passe à l'hôpital Cochin, en remplacement de M. Morel-Lavallée; M. le docteur A. Richard, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien de Lourcine, en remplacement de M. Desormeaux.

Par décret du 16 août dernier, sont nommés : président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Orne, M. Damoiseau, docteur-médecin à Alençon; président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Fontainebleau (Seine-et-Marne), M. Leblanc, médecin en chef de l'hôpital de Fontainebleau; président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département des Deux-Sèvres, M. de Meschinet, médecin des épidémies, à Niort.

Le 20 août dernier, M. le docteur Ledieu, directeur de l'Ecole de médecine d'Arras, a réuni un grand nombre de médecins du Pas-de-Calais, et une association de prévoyance et de secours mutuels pour ce département, agrégée à l'association générale, a été constituée à la suite de cette réunion.

A Nevers, l'institution d'une Société locale de la Nièvre paraît très-avancée.

Les médecins du département de la Creuse, réunis le 1er septembre à Guéret, ont décidé la formation d'une Société locale qui, le jour même de sa fondation, comprenait le tiers des médecins exerçant dans le département (34 sur 104).

Dans la récente exposition des produits do l'industrie, à Montpellier, une médaille d'honneur a été accordée à M. le docteur Auger et à M. Barthélemy, pharmacien à Bollène (Vaucluse), pour leur procédé de préparation de l'huile de ricin. Le principal motif de détermination du jury n'a pas été la belle préparation de leur produit, mais surtout son excellente conservation. On sait que l'huile habituellement livrée par le commerce rancit très-vite, tandis que celle préparée par le procédé de MM. Auger et Barthélemy, même alors qu'elle est conservée dans un flacon débouché, reste plus de deux années sans s'altérer sensiblement, pourvu qu'elle soit tenue à l'abri de la lumière et à la température ambiante.

L'asile d'aliénés fondé à Bassems, près Chambéry, vient d'être reconnu établissement d'utilité publique; 100 places y seront réservées aux crétins et aux idiots les plus infirmes des départements de la Savoie et de la Haute-Savoie. Une subvention de 400,000 francs est affectée au payement de la dette et aux frais de construction et d'organisation de cet asile.

Le 18 août dernier, la Cour de cassation, statuant en dernier ressort, a rejeté le pourvoi formé par Mlle Bressac contre l'arrêt de la Cour do Lyon qui la condamnait, pour exercice illégal de la médecine, à 30 francs d'amende et deux jours de prison, et à 1,000 francs de dommages et intérêts envers les membres de la Commission médicale qui se sont portés partie civile. Par suite de l'arrêt de la Cour de cassation, le jugement de la Cour de Lyon devient exécutoire, et donne ainsi satisfaction aux vœux de l'association lyonnaise.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des effets physiologiques et de l'emploi thérapeutique de l'huile essentielle de valériane.

Par M. A. Barrallier, second médecin en chef de la marine, professeur de pathologie médicale à l'Ecole de médecine navale de Toulon.

A la fin du mois de janvier 1856, le typhus épidémique, qui avait fait, l'année précédente, de nombreuses victimes dans le bagne de Toulon, se montra de nouveau, mais avec une intensité et une durée moins grandes; les moyens thérapeutiques que je mis en usage furent à peu près les mêmes que ceux dont j'avais reconnu l'efficacité pendant la première épidémie; je dus pourtant apporter quelques modifications au traitement que j'avais adopté, car le typhus de 1856 présenta dans son ensemble des caractères particuliers, et principalement une grande mobilité dans les divers symptômes nerveux que l'on observe ordinairement dans cette maladie; cette mobilité fut telle que le malade passait presque subitement de la légère stupeur du début à la somnolence et même au coma des plus prononcés; du délire loquace et convulsif de la forme ataxique à la prostration et à la résolution des forces de la forme adynamique : il était important de suivre avec soin ces changements rapides, souvent opposés parfois dans la même journée, pour établir convenablement des indications thérapeutiques rationnelles. La somnolence et le coma étaient les symptômes les plus fréquents et les plus rebelles : les révulsifs, les diffusibles les plus communément mis en usage, dans des cas de ce genre, ne m'avaient donné que des résultats presque négatifs, lorsque j'eus recours à la valériane ; connaissant l'action régulatrice si évidente que cette plante exerce sur le système nerveux, je pensais qu'elle pourrait m'être d'une grande utilité contre les symptômes précités. Au commencement de mes essais j'employais l'extrait, mais je dus bientôt y renoncer; car, d'une part, il est nécessaire, pour l'intégralité de son action, de le donner à des doses élevées; et, d'autre part, la forme pilulaire sous laquelle il est le plus communément prescrit ne pouvait être acceptée par des typhiques qui, quelquefois, n'avalent qu'avec peine des médicaments liquides; je n'avais pas à ma disposition les teintures alcoolique et éthérée; je songeai alors à l'essence de valériane qui, à ce que je sache, n'avait pas encore été employée en médecine, et dont un pharmacien de la ville mit quelques gram-

mes à ma disposition : je n'eus pas lieu de me repentir de mes essais.

Désirant prendre acte de l'emploi de ce nouveau médicament et des heureux résultats que j'en avais obtenus, j'écrivis le 28 mars 1856 au président de l'Académie impériale de médecine, pour prendre date et établir mes droits de priorité.

Matière médicale. — L'essence de valériane préexiste dans la racine de valériane récente ou vieille; elle contient toujours cinq centièmes environ d'acide valérianique, et renferme deux huiles : l'une, hydro-carbonée, nommée *bornéenne* par Gerhardt ($C^{20} H^{16}$), isomérique avec l'essence de térébenthine, et se rencontrant aussi dans le camphre de Bornéo. M. Pierlot, pharmacien à Paris, qui s'est occupé avec soin de l'étude des divers produits de la racine de valériane, et qui a eu l'obligeance de me communiquer ses travaux, appelle cette huile *valérène;* l'autre, nommée *valérol,* est oxygénée ($C^{24} H^{20} O^2$), se résinifie à l'air et se décompose sous l'influence de l'acide azotique en plusieurs corps, qui sont le stéaroptène de valériane, de la résine et de l'eau : contrairement aux assertions de MM. Gerhardt et Cahours, qui ont affirmé que, dans des conditions données, le valérol se transformait en acide valérianique, M. Pierlot, par suite de ses expériences, a constaté que ce produit ne pouvait être acidifié par aucun procédé.

L'essence de valériane doit être extraite de la valériane sylvestre, bisannuelle (*valeriana sylvestris, officinalis*), récoltée la première année, pendant l'automne; cette extraction se fait en distillant la racine entière avec quantité suffisante d'eau tenant en dissolution 300 grammes de sous-carbonate de soude : 6 kilogrammes de racine produisent environ 12 grammes d'huile essentielle.

Cette huile, telle qu'on la trouve ordinairement dans le commerce, est d'une couleur jaunâtre, brunissant à la longue en s'épaississant; l'essence préparée par M. Pierlot est d'une couleur légèrement paille et ne s'altère pas en vieillissant; son odeur n'a rien de désagréable et rappelle celle de la racine de valériane fraîche; sa saveur est acerbe, amère et quelquefois sensiblement camphrée; sa densité est de 0,944.

La réaction de cette essence est acide, elle rougit le papier de tournesol en raison de l'acide valérianique qu'elle contient; elle dissout l'iode sans l'échauffer; donne par l'acide azotique une coloration bleue; portée à l'ébullition, en présence d'un excès de cet acide, elle fournit par le refroidissement des cristaux d'acide oxalique.

L'huile volatile de valériane contient sur 100 parties :

Valérène ou bornéenne			25
Acide valérianique			4
Valerol.	Stéaroptène de valériane	18	70
	Résine	47	
	Eau	5	
		Total	100

J'ai employé presque constamment l'essence de valériane en potion, plus rarement en oléo-sucre ; j'ai eu d'abord recours à la formule suivante :

Eau distillée	60 grammes.
Essence de valériane (de 6 à 10 gouttes).	30 à 50 centigrammes.
Huile d'amandes douces	Q. S.
Sirop	25 grammes.

à prendre par cuillerées à soupe toutes les demi-heures.

J'ai modifié plus tard cette formule, que j'ai employée exclusivement au début de mes essais, en supprimant l'huile d'amandes douces et en la remplaçant par quantité suffisante de sucre ; on forme ainsi un oléo-saccharum miscible à l'eau.

Cette potion a toujours été employée dans les fièvres graves. Quand j'ai recours à l'essence de valériane contre divers autres états morbides dont je parlerai plus tard, je l'administre, à l'état pur, à la dose de 1 à 2 gouttes, sur un morceau de sucre, que le malade prend immédiatement; cette dose est répétée plusieurs fois par jour, suivant les indications.

L'essence de valériane doit être conservée dans des flacons bouchés à l'émeri qu'il faut mettre à l'abri de la lumière.

Effets physiologiques. — Dès les premiers moments de mes essais thérapeutiques sur l'essence de valériane, je pensais qu'il serait utile, pour l'appréciation ultérieure des effets de ce médicament, de l'administrer sur des sujets en bonne santé ; les chirurgiens et les étudiants de mon service voulurent bien s'associer à mes expérimentations, et pendant plusieurs jours, dans le courant de février 1856, plusieurs d'entre eux prirent l'essence à doses progressivement croissantes, à savoir depuis 10 jusqu'à 50 centigrammes (de 2 à 10 gouttes). Voici les résultats obtenus :

Première série. — Dose du médicament, 2 gouttes dans une cuillerée d'eau, prise à jeun à huit heures du matin.

Première expérience. — Sujet fort et robuste, âgé de quarante ans : pouls à 64; goût acerbe, sécheresse de la bouche. Le goût acerbe disparaît au bout de quelques minutes, il ne reste que la sa-

veur propre aux préparations de valériane, et une astringence très-marquée dans la cavité buccale.

A neuf heures : quelques rapports à saveur de l'essence, légère céphalalgie sus-orbitaire, surtout du côté droit; cette céphalalgie augmente graduellement jusqu'à dix heures, elle est alors remplacée par une pesanteur de tête peu fatigante; il reste pourtant encore un peu de douleur au-dessus du sourcil droit; le pouls est à 60.

A onze heures : déjeuner comme d'habitude.

A deux heures : après une course un peu pressée, la peau se recouvre d'une légère transpiration, ayant l'odeur propre à l'essence de valériane; les urines exhalent la même odeur; la céphalalgie a disparu; il reste seulement un peu de pesanteur de tête.

A trois heures : sentiment de pression au creux épigastrique, éructations insipides; les urines deviennes très-abondantes, plus colorées et plus odorantes; le pouls donne 80 pulsations.

A cinq heures: tous les symptômes précédents ont disparu, il ne reste qu'un peu de fatigue et de lourdeur de tête.

Deuxième expérience. — Sujet jouissant d'une bonne santé, âgé de trente-trois ans; pouls à 72.

Quelques secondes après l'ingestion, goût acerbe, sécheresse de la bouche et érection des papilles de la langue; la saveur propre à l'essence de valériane se prononce de plus en plus, à mesure que cet état disparaît.

A huit heures trente-cinq minutes : légère pesanteur de tête, comparable à un commencement d'ivresse, mais à un faible degré; éructations fétides; le pouls est descendu à 68; l'aptitude au travail intellectuel paraît affaiblie; sentiment de chaleur au creux épigastrique.

A neuf heures : toute saveur particulière a disparu; bâillements prolongés; l'embarras cérébral persiste, la transpiration et les urines exhalent l'odeur de l'essence; le pouls est à 62.

A dix heures, heure du déjeuner : peu d'appétit, les aliments paraissent avoir le goût de l'essence de valériane.

Dans le cours de l'après-midi, tous les symptômes précédents s'effacent peu à peu; le pouls monte à 76.

Deuxième série. — Dose du médicament, 30 centigrammes (6 gouttes), dans la potion formulée ci-dessus.

Première expérience. — Sujet âgé de vingt et un ans, bonne santé, pouls à 80; prend la potion en une seule dose, à huit heures et demie du matin, à jeun. Immédiatement après l'ingestion, salivation abondante et nausées : cet état ne persiste pas; le sujet n'éprouve rien de notable jusqu'à midi, si ce n'est un goût acerbe, et un peu d'astringence dans la cavité buccale; à cette heure, bâillements répétés, frissons; à une heure, assoupissement contre lequel il est impossible de lutter, profond sommeil jusqu'à trois heures; le pouls, qui était descendu à 62, s'élève peu à peu; il est à 96 à quatre heures du soir.

Deuxième expérience.—Sujet âgé de dix-neuf ans, bonne santé,

pouls à 64; prend la potion à jeun, en une seule dose, à huit heures du matin.

Nausées, goût acerbe, crachotements, à neuf heures; le pouls est large, dépressible, lent, à 56; rien de particulier jusqu'à deux heures; en ce moment, augmentation de la chaleur à la peau; pouls accéléré, à 78; facies injecté, agitation, puis somnolence très-marquée; les urines sont abondantes, plus colorées que d'habitude, et ont une odeur manifeste de valériane.

Troisième expérience. — Sujet âgé de dix-neuf ans, bonne santé, pouls à 80; prend la potion à huit heures du matin, à jeun, et en une seule dose.

Sitôt après l'ingestion, sentiment de sécheresse dans toute la cavité buccale, très-prononcé surtout au pharynx; peu après, légère salivation qui continue jusqu'à neuf heures et demie; pouls à 64; céphalalgie peu intense, somnolence à onze heures; à midi, sommeil profond jusqu'à deux heures; au réveil, la céphalalgie s'est dissipée, les urines sont abondantes, colorées et exhalent une odeur très-prononcée de valériane; le pouls est à 90 à cinq heures du soir.

Troisième série. — Dose du médicament, 50 centigrammes (10 gouttes) dans la même potion.

Première expérience. — Sujet âgé de vingt ans, bonne santé, pouls à 68; prend la potion, à jeun, à sept heures du matin.

Une heure après l'ingestion, nausées, ralentissement du pouls (56 pulsations); sentiment de sécheresse très-prononcé à l'arrière-bouche; toux fréquente; légère céphalalgie.

A neuf heures : chaleur à la peau; pouls petit, serré, accéléré, battant 78; facies injecté; nausées, rapports fréquents avec goût de l'essence.

A midi : malaise général, tête lourde, pesante, grande tendance au sommeil, toux sèche par intervalles; pouls à 70; urines abondantes fortement colorées, ayant une odeur semblable à celle de l'huile de valériane; à déjeuner et à dîner pas d'appétit, dégoût pour les aliments.

Deuxième expérience. — Sujet âgé de quarante-huit ans, bien constitué, infirmier à la salle des fiévreux de l'hôpital du bagne; pouls à 72; prend la potion en une seule dose, à jeun.

Immédiatement après l'ingestion, éructations réitérées avec goût de la valériane; de huit à neuf heures le pouls descend peu à peu à 60; lourdeur dans les tempes, chaleur à la peau; les urines sont plus abondantes et plus colorées qu'à l'ordinaire, leur odeur rappelle celle de l'essence.

A quatre heures : céphalalgie; pouls à 74; toute la journée dégoût très-prononcé pour le tabac (le sujet est un grand fumeur); à six heures, grande faim; le soir, sommeil avant l'heure ordinaire; cet infirmier a dormi toute la nuit, d'un seul somme, pour la première fois depuis trois mois.

Troisième expérience. — Sujet robuste et bien constitué, âgé de quarante et un ans, à jeun; pouls à 70.

Après l'ingestion, nausées et crachotements; goût acerbe, séche-

resse de la bouche ; un peu de sentiment de pesanteur au creux épigastrique.

A dix heures : transpiration assez marquée pour la saison, présentant une légère odeur de valériane ; céphalalgie gravative ; peu d'aptitude au travail intellectuel, tendance au sommeil, pouls à 64.

A midi : sommeil irrésistible qui dure jusqu'à trois heures ; fatigue générale, surtout dans les membres inférieurs ; urines abondantes, fortement colorées, ayant l'odeur propre à l'essence ; le pouls, qui battait au réveil 52, se relève graduellement vers le soir jusqu'à 72.

M. Pierlot, dont j'ai déjà eu l'occasion de citer les travaux, ayant eu connaissance de mes expériences sur l'huile volatile de valériane, et de l'emploi que j'en avais fais, lors du typhus du bagne en 1856, me fit demander un échantillon de cette huile ; il la trouva impure, et m'envoya, à Toulon, deux petits flacons d'essence préparée par lui, en me priant de recommencer avec elle mes expériences ; elles furent faites sur les chirurgiens et étudiants attachés à mon service médical de l'hôpital principal de la marine ; les résultats obtenus ont été identiquement les mêmes que ceux qui sont relatés plus haut, avec cette différence que l'essence de M. Pierlot a déterminé plus rapidement ces effets que celle dont je me servais antérieurement. La nouvelle essence a surtout provoqué une plus grande tendance au sommeil; elle était précédée par un notable état d'affaissement, caractérisé par la perte graduelle de la perception des objets extérieurs, par l'affaiblissement des actes intellectuels, l'absence de la volonté, et l'impossibilité de la locomotion.

Un des étudiants qui s'étaient prêtés à mes expérimentations était atteint d'une blennorrhagie, qu'il traitait depuis plusieurs jours par la potion de Chopart et une injection astringente ; quand il prenait l'essence de valériane, il suspendait son traitement ; il a constaté que ce médicament avait une influence très-marquée sur sa maladie. Voici ce que porte la note qu'il me remit le 22 juin 1859, après avoir pris la veille 3 gouttes d'essence dans une cuillerée d'eau : « Quant aux effets produits sur la blennorrhagie, j'ai remarqué que, sans avoir pris du Chopart, sans avoir fait d'injection, l'inflammation a été un peu moindre, et l'écoulement presque nul jusqu'au soir ; il a reparu dans la nuit, mais beaucoup moins fort. » Le 25 juin, après avoir ingéré 6 gouttes d'essence, cet étudiant disait que l'écoulement blennorrhagique avait encore sensiblement diminué : il disparut plus tard, sous l'influence combinée de la potion de Chopart et de l'huile volatile de valériane.

Lors de mes essais sur les usages thérapeutiques de cette huile, j'ai remarqué que quand elle était donnée pendant plusieurs jours, à doses réfractées et graduellement augmentées, elle déterminait, alors qu'elle était administrée contre certains états nerveux encore

peu établis, de l'inappétence, de l'insomnie, surtout quand on dépassait la dose de 10 à 12 gouttes.

En résumé, l'essence de valériane, donnée dans l'état physiologique, donne lieu aux phénomènes suivants :

1° Abaissement des pulsations artérielles dans les premiers temps de l'action du remède, et plus tard élévation dans le plus grand nombre des cas.

2° Chaleur de la peau augmentée.

3° Transpiration cutanée, plus marquée que d'habitude avec odeur de valériane.

4° Sentiment de pression aux régions temporales.

3° Céphalalgie le plus ordinairement frontale et parfois très-intense.

6° Affaiblissement des puissances musculaires.

7° Inaptitude au travail intellectuel.

8° Tendance au sommeil.

9° Sommeil profond.

10° Nausées et salivation dans quelques cas.

11° Dégoût pour les aliments, quand le médicament est pris à la dose de 30 à 50 centigrammes.

12° Urines abondantes, plus colorées que d'habitude, ayant l'odeur de la valériane.

L'essence de valériane est une substance composée, dont chaque partie pourrait être douée de propriétés spéciales : sans contredit, l'acide valérianique, le valérène, le valérol, expérimentés à part, doivent être susceptibles de développer des actions séparées ; n'ayant pas à ma disposition ces divers produits, je n'ai pu étendre jusqu'à eux mes expérimentations ; M. Pierlot a pu faire des essais sur les principes solubles contenus dans la racine de valériane, et voici les résultats qu'il a obtenus et qu'il a relatés dans une brochure publiée en 1858.

« Tel qu'on le retire de la plante, dit-il, l'acide valérianique, à la dose de 20 à 60 centigrammes (je n'ai point dépassé cette quantité), est tout à la fois soporifique et diurétique, propriétés étrangères à la racine privée d'acide, et que celui-ci perd par la déshydratation ; 20 centigrammes seulement d'huile volatile de valériane produisent une céphalalgie intense, avec accélération du pouls et une surexcitation nerveuse durant plusieurs heures. »

D'après les expériences relatées plus haut, cette huile ne déterminerait pas complétement les symptômes reconnus par M. Pierlot ; probablement cet expérimentateur n'a essayé ce remède que sur

lui-même, tandis que, pour m'entourer de toutes les garanties désirables, je l'ai administré à plusieurs personnes de position et d'âge différents, et qu'en dernier lieu (juin 1859) j'ai répété mes essais avec l'essence même de M. Pierlot, qui m'a donné des résultats identiques à ceux que j'avais obtenus avec une essence achetée à Toulon, en février 1856. Quant à l'action soporifique de l'acide valérianique, je ne suis pas éloigné de l'admettre, bien que je ne m'explique pas suffisamment, par les minimes proportions dans lesquelles il se trouve dans l'huile volatile (5 pour 100), la production si rapide du sommeil sur les individus sains. Je suis enclin à admettre que les diverses actions observées doivent être rapportées à l'ensemble et à la combinaison des parties constituantes qui entrent dans la composition de l'essence de valériane.

Emploi thérapeutique. — J'ai commencé à employer l'essence de valériane dans le traitement du typhus épidémique; je l'ai administrée, non-seulement contre la somnolence et le coma qui se montrent à la fin du deuxième septénaire ou au commencement du troisième, mais encore dès le début de la maladie, pour régulariser les actions nerveuses si facilement perturbées dans la première période de cette fièvre grave ; ce médicament ne m'a pas donné des résultats identiques dans les deux cas : il n'a eu qu'une influence peu notable sur les symptômes nerveux de la première période, bien que quelquefois, mais très-rarement, il ait diminué la céphalalgie et la stupeur du début; aussi j'ai renoncé à son emploi dans ce moment de la maladie, et je ne l'ai prescrit que contre les symptômes somnolence et coma, que l'on observe dans une période plus avancée du typhus et des autres fièvres graves.

Pour établir d'une manière convenable les indications de l'essence de valériane, il est important de bien préciser les caractères que présentent les éléments morbides précités.

Le coma est constitué par un sommeil profond, avec perte presque complète des fonctions de sensibilité, de motilité et d'intelligence; cet état n'est pas continu; sa durée est plus ou moins longue, suivant l'intensité de la cause qui l'a produit; c'est toujours un symptôme grave.

Le coma présente divers degrés : dans le coma proprement dit, le réveil par les excitations extérieures est très-difficile; dans le coma vigil, le malade, profondément assoupi, parle, s'agite, les yeux étant clos; enfin, dans le coma *somnolentum*, le malade, réveillé, répond avec assez de lucidité aux questions qu'on lui adresse.

La somnolence est un état morbide d'un degré inférieur au coma;

ce n'est pas le sommeil réel, physiologique, ce n'est pas l'état de veille : c'est un état intermédiaire pendant lequel les fonctions cérébrales n'éprouvent qu'une légère perturbation.

Une variété de la somnolence a reçu le nom de *sopor* ou de *cataphora ;* elle est caractérisée par un sommeil peu profond d'où l'on tire facilement le malade, mais dans lequel il retombe dès que cesse l'excitation qui a sollicité le réveil.

Ces éléments morbides peuvent provenir de diverses causes, soit organiques, soit dynamiques, qu'il est très-important de connaître pour fixer rationnellement les indications thérapeutiques de l'huile essentielle de valériane.

La somnolence et le coma sont des symptômes d'un assez grand nombre de maladies; ils s'observent dans la méningite, l'encéphalite, la compression du cerveau par des épanchements de sang, de sérosité, par des tumeurs diverses développées dans ses membranes d'enveloppe, et dans la boîte osseuse, par des esquilles, résultat d'une fracture des os du crâne, dans la congestion et l'apoplexie cérébrales, où ils se montrent dès les premiers moments.

Dans ces dernières maladies, il existe une cause matérielle, évidente, génératrice de ces éléments morbides. Dans plusieurs autres, cette cause n'existe pas. Ainsi la somnolence et le coma se manifestent après une émotion morale profonde, s'observent après la période convulsive de l'épilepsie, de l'hystérie, constituent le symptôme principal de la fièvre intermittente pernicieuse, comateuse, et se remarquent assez souvent dans le cours de certaines fièvres graves (typhus, fièvre typhoïde, fièvres éruptives); dans ces cas, ces éléments ne sont que des phénomènes purement dynamiques, reconnaissant pour principe un état d'affaissement des actes vitaux du système nerveux.

Il est important d'établir ici une distinction capitale au point de vue de l'administration de l'huile volatile de valériane. Dans le typhus, la somnolence, le coma proviennent, dans la majorité des cas, d'une cause dynamique; il n'y a pas de lésions matérielles de la trame cérébrale et de ses membranes d'enveloppe; dans les fièvres typhoïdes et éruptives, au contraire, il arrive souvent (et je puis dire dans environ la moitié des cas) que ces éléments morbides ne se manifestent qu'à la suite d'un état de congestion passive de l'encéphale ; or, l'essence de valériane n'exerce son action intégrale que contre la somnolence et le coma, reconnaissant pour principe une cause dynamique, vitale; elle ne peut rien contre les états organiques où il y a une altération matérielle des organes cérébraux ; mais dès

l'abord, je dois dire qu'il est difficile d'établir les différences qui peuvent exister entre ces deux ordres de causes; dans le typhus, on peut marcher avec plus de sûreté ; car, très-souvent, ces éléments morbides existent en dehors d'une lésion organique ; mais dans les fièvres éruptives et typhoïdes, où assez ordinairement il y a congestion passive de l'encéphale, il est parfois impossible d'arriver à la cause réelle des accidents que l'on veut combattre; cependant l'examen attentif du malade pourra quelquefois servir de guide; la pâleur relative de la face, l'injection peu manifeste des conjonctives, l'état régulier de la respiration, l'absence de dureté et de trop grande fréquence du pouls sont des signes sur lesquels je me base volontiers; mais je dois avouer qu'assez souvent ils m'ont trompé. Il est vrai que l'essence de valériane, administrée contre le coma et la somnolence de cause organique, ne détermine aucun effet nuisible; aussi conseillerai-je, dans les cas douteux, en raison des résultats si prompts et si heureux que l'on obtient de ce médicament, de le prescrire quand même; une seule dose suffira pour reconnaître la cause réelle des symptômes que l'on veut combattre, et servira même à élucider les idées du médecin sur la nature des complications qu'il désire faire disparaître.

Ainsi que je l'ai dit précédemment, c'est principalement contre ces éléments morbides qui se présentent si souvent, dans le cours des fièvres graves, que j'ai employé l'essence de valériane.

Sous l'influence de ce médicament, la stupeur, la somnolence, le coma, sont remplacés par un réveil et une excitation très-remarquables.

Le malade a les yeux grands ouverts, son regard un peu égaré se porte fixement sur les personnes qui l'entourent; il comprend parfaitement les questions qu'on lui adresse, et y répond soit par signes, soit verbalement, suivant la période plus ou moins avancée de la maladie; les mouvements sont plus faciles. Ce changement si remarquable, déterminé dans l'état du malade par l'essence de valériane, est si manifeste, si extraordinaire même, que j'ai souvent entendu les personnes qui suivaient mes visites à l'hôpital du bagne, lors de l'épidémie de typhus en 1856, prononcer le mot de *résurrection.*

Cette action est fugace; il faut la maintenir au moyen de nouvelles doses du médicament continuées pendant plusieurs jours ; souvent alors la somnolence et le coma sont totalement enrayés; quand ce résultat n'est pas obtenu, quand l'essence n'a pu déterminer qu'un réveil de courte durée, à cet état de veille peu prolongé succède une

période de collapsus et un grand affaissement des puissances musculaires; néanmoins l'excitation cérébrale persiste encore assez de temps et s'éteint la dernière.

Le réveil déterminé par l'huile essentielle de valériane n'a jamais été aussi manifeste, aussi surprenant que dans le typhus; dans les autres fièvres graves, ce réveil a été plus gradué, moins actif, mais aussi plus soutenu ; le malade n'a pas les yeux largement ouverts, le regard explorateur du typhique ; il fixe les personnes qui entourent son lit, paraît étonné, surpris ; mais l'animation, l'excitation générales sont incontestablement moindres.

En même temps que ces changements si surprenants se manifestent, le pouls s'élève d'une manière sensible; la chaleur de la peau diminue ; la transpiration cutanée devient plus abondante; la quantité des urines excrétées est moins grande ; cet état se maintient pendant toute la durée d'action de l'essence, et, lorsque son influence commence à s'épuiser, le pouls baisse assez notablement.

Quant à l'action curative que ce médicament a pu exercer sur l'ensemble des fièvres graves, je puis dire, d'après les nombreux faits que j'ai observés, que, dans la plupart des cas, cette cessation si subite des symptômes dont j'ai parlé avait une influence heureuse sur la marche de la maladie; quand l'action de l'essence se borne à un réveil de courte durée, et que la somnolence et le coma reparaissent assez promptement, on doit alors s'attendre à une terminaison fatale.

J'ai administré, une seule fois, l'huile volatile de valériane contre un état comateux survenu à la suite d'un érysipèle de la face ; j'en ai obtenu de merveilleux résultats, et j'ai la certitude que ce médicament n'a pas peu contribué à la guérison du malade.

En résumant les effets que détermine l'essence de valériane sur l'individu malade, on obtient la série de symptômes ci-dessus :

1° Réveil rapide et s'établissant promptement sous l'influence de 50 centigrammes d'huile volatile de valériane.

2° Yeux largement ouverts, explorateurs.

3° Intelligence plus nette; réponses justes aux questions adressées dans la plupart des cas.

4° Elévation des pulsations artérielles dans les premiers moments de l'action du remède, et plus tard abaissement.

5° Urines moins copieuses; légère transpiration cutanée.

En mettant ce résumé en regard des symptômes développés par l'essence de valériane administrée à un individu sain, on est frappé des différences que ces deux tableaux présentent : alors que ce médicament provoque, chez les sujets en bonne santé, et d'une manière

constante, le sommeil, et rend plus difficiles et même impossibles les opérations de l'intelligence, il suscite, chez les malades, un réveil subit et un retour manifeste des actes intellectuels ; chez les premiers, le pouls s'abaisse, pour se relever plus tard ; chez les seconds, il se relève d'abord et s'abaisse ensuite ; la chaleur de la peau augmente, ainsi que la quantité des urines : « *calefacit et urinam movet,* » avait dit Dioscorides, chez l'individu sain ; chez le malade, la chaleur baisse, et les urines sont peu copieuses.

D'après ces faits de comparaison qui résultent de mes nombreux essais et d'expériences bien suivies, il faut admettre que l'huile essentielle de valériane agit d'après le principe de la loi d'électivité nommée par l'école de Paris : loi de substitution, par l'école de Montpellier : mutation affective locale élective, qui se confond avec la loi de similitude énoncée par Hippocrate : dans l'axiome *similia similibus opponenda,* tombée en désuétude pendant le long règne du galénisme, éditée de nouveau par Cardan et Paracelse au dix-septième siècle, et enfin proclamée, à notre époque, par Hahnemann, comme base de toute thérapeutique.

Satisfait des bons résultats que j'avais obtenus de l'essence de valériane contre les éléments morbides que j'ai désignés plus haut, je voulus l'essayer contre certains états nerveux déjà antérieurement combattus par les préparations ordinaires de la valériane ; je l'ai employée contre les vertiges et certaines névralgies.

Les vertiges sont constitués par une perversion momentanée des actes intellectuels avec conservation de la personnalité, accompagnés de désordres dans les sensations et dans la force et la coordination des mouvements.

Les vertiges proviennent de causes multiples ; l'état pléthorique, l'anémie, l'aglobulie, divers états nerveux, l'abus du coït, etc., sont susceptibles de leur donner naissance, et constituent ainsi de nombreuses variétés ; celles qu'il nous importe de connaître doivent être de nature essentiellement nerveuse : les émotions vives, soudaines, si faciles à se manifester chez les personnes à tempérament nerveux ; le nervosisme permanent dans lequel sont placées les femmes qui sont sous l'influence de ces malaises si pénibles qui, pour plusieurs auteurs, constituent sous le nom d'hystéricisme le premier degré de l'hystérie ; certaines névralgies de la tête, et même celles du tronc et des membres, quand elles sont très-douloureuses et anciennes, sont des causes fréquentes du vertige nerveux ; cet état, ordinairement de courte durée, peut cependant agir avec assez d'intensité et se renouveler assez souvent pour occasion-

ner des craintes sérieuses ; les personnes qui en sont atteintes croient alors à une attaque prochaine d'apoplexie, et demandent avec instance à être saignées ; tout récemment, j'ai été appelé auprès de deux dames qui se plaignaient depuis peu de temps de vertiges très-fatigants, et se renouvelant plusieurs fois dans la journée, principalement le soir ; chez l'une, cet état reconnaissait pour cause une atteinte déjà ancienne d'hystéricisme ; et chez l'autre, des douleurs névralgiques siégeant au sommet de la tête ; l'essence de valériane a heureusement et rapidement mis fin à ces accidents.

Dans ces cas, je prescris ce médicament à la dose d'une à deux gouttes sur un morceau de sucre, trois fois par jour ; je conseille, en même temps, l'exercice jusqu'à une légère fatigue et les distractions compatibles avec le milieu social dans lequel vit le malade ; j'ai obtenu par ce traitement plusieurs heureux résultats.

L'essence de valériane, administrée comme je viens de le dire, m'a donné de bons effets dans quelques états névralgiques de la tête ; mais ici l'efficacité de ce médicament a été moins évidente : j'ai pu parfois procurer un peu de soulagement, mais jamais je n'ai obtenu une guérison définitive ; j'ai été plus heureux dans l'asthme essentiel ; quelques gouttes d'essence ont assez souvent enrayé des accès intenses, et, pour plusieurs de mes malades, je ne serais pas éloigné de croire que, si les accès sont devenus moins nombreux et plus espacés, ils le doivent à l'emploi de l'huile volatile de valériane continué pendant l'intervalle des accès.

J'ai aussi employé ce médicament contre des attaques épileptiformes. La valériane a été recommandée depuis des temps éloignés contre cette maladie et contre l'épilepsie vraie ; l'essence m'a paru plus rapide dans son ation que les préparations usuelles de cette plante, mais ici je ne puis rien conclure ; tant de circonstances variées peuvent intervenir pour modifier l'intensité des accès et le temps écoulé entre chacun d'eux, qu'il est impossible de faire la part de l'influence qu'a pu exercer le nouveau médicament ; néanmoins, il est à présumer que son administration pourra être efficace dans les cas où déjà les préparations de valériane ont donné d'heureux résultats.

J'ai employé quelquefois l'essence de valériane contre la blennorrhagie, mais je n'ai jamais obtenu de guérisons.

L'introduction de ce médicament dans la thérapeutique, en dehors des nouvelles actions qu'il développe, et qui ont une incontestable utilité contre certains éléments morbides des fièvres graves, et contre certains états nerveux, permettra de donner désormais,

sous un petit volume et sous un mode d'administration facile, un médicament dont les préparations actuelles se prennent aujourd'hui à des doses élevées, souvent très-pénibles à ingérer, surtout quand on emploie la poudre.

J'ai la conviction que l'huile volatile de valériane, expérimentée par des mains habiles, pourra être d'un grand secours contre la plupart des états nerveux, et peut-être aussi contre la chorée.

Conclusions.— 1° Expérimentée sur l'homme sain, l'essence de valériane donne lieu à plusieurs symptômes dont les principaux sont : la paresse intellectuelle, l'assoupissement, le sommeil profond, l'abaissement du nombre des pulsations artérielles et plus tard leur élévation, et la plus grande abondance des urines.

2° Administré sur l'homme malade, ce médicament modifie d'une manière prompte et rapide les éléments stupeur, somnolence, coma, de cause dynamique, qui compliquent les fièvres graves.

3° Cette modification s'obtient par l'administration de 50 centigrammes à 1 gramme (de 10 à 20 gouttes) de cette essence dans les vingt-quatre heures.

4° L'action de ce remède ne peut s'expliquer que par l'application de la loi de similitude énoncée par Hippocrate et par un grand nombre d'auteurs anciens.

5° Certains états nerveux, tels que vertiges, hystéricisme, asthme essentiel, etc., sont modifiés d'une manière notable par l'huile volatile de valériane, qui, soumise à de nouvelles expérimentations, sera susceptible d'étendre le champ des applications thérapeutiques de cette plante.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'emploi de l'ergot de seigle dans le traitement des rétentions d'urine par paralysie de la vessie.

Par M. le docteur Allier [1].

Nous continuons le récit de ceux de nos faits dans lesquels la paralysie de la vessie était symptomatique d'une lésion des centres nerveux.

Obs. XI. M. Dessaget, de Marcigny, âgé de quarante-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, s'est livré au commerce depuis seize jusqu'à vingt-deux ans. Il a passé la majeure partie de ce laps de

[1] Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 204.

temps dans des magasins, au rez-de-chaussée, humides et sombres. Il usa de tous les plaisirs, sans en trop abuser, et ne contracta jamais de maladies vénériennes. Dès l'hiver de 1835, il éprouve des tiraillements douloureux, tantôt dans un mollet, tantôt dans l'autre ; quelquefois dans les cuisses et le long du nerf sciatique. Cette douleur n'a jamais affecté d'autres parties du corps ; elle était vive, instantanée, et se reproduisait toutes les deux ou trois minutes. Quatre ans s'écoulèrent ainsi. Sur l'avis de M. Bottex, qui regardait cette affection comme étant de nature rhumatismale, le malade se rendit, en 1839, sans résultat, aux eaux d'Aix, en Savoie.

En mai 1848, il se maria et vint habiter les bords de la Loire. Les douleurs persistaient; il prit encore, sans plus de succès, les eaux d'Aix. L'année suivante, l'affaiblissement général devint plus manifeste. Une longue course le fatiguait. A la chasse, il ne pouvait plus franchir un fossé. En valsant, il exécutait difficilement les mouvements demi-circulaires : ses pieds s'embarrassaient. Pendant la progression, ses jambes fléchissaient quelquefois brusquement ; d'autres fois, il chancelait comme un homme ivre. Bientôt l'œil gauche se porta constamment en dehors, et la volonté fut impuissante à le ramener en dedans. Du même côté, l'ouïe s'affaiblit, le petit doigt s'engourdit.

Dans les premiers jours de 1843, le malade se rendit à Lyon pour consulter. MM. Viricelle, Bottex et Bonnet conseillèrent l'application de vésicatoires le long du rachis, d'un emplâtre stibié entre les épaules, de liniments cantharidés, de potions phosphorées et de pilules de strychnine. Le seul résultat de ce traitement fut l'augmentation des pollutions nocturnes, auxquelles il était sujet avant son mariage.

Sur la fin de cette même année, 1843, la maladie avait fait de remarquables progrès et pouvait se résumer dans le tableau suivant : Figure empreinte de tristesse ; strabisme convergent de l'œil gauche ; affaiblissement très-notable de la vue de ce côté. Le malade peut lire encore avec cet œil employé seul à la vision, mais il lit beaucoup mieux avec l'œil droit, s'il fonctionne isolément. Lorsqu'il regarde des deux yeux un objet en face, il le voit double, confus, mal déterminé. S'il met l'objet regardé dans une direction oblique, de telle sorte que l'œil affecté de strabisme convergent ait son axe parallèle à celui de l'œil droit, porté alors en dehors, l'objet regardé est simple et net. L'ouïe du côté gauche est arrivée graduellement à une extinction complète. L'ouïe droite a diminué. L'odorat n'a rien perdu de sa sensibilité, l'intelligence de son intégrité. Point de douleur dans les organes des sens, ou dans une partie quelconque de la tête. Point de déviation de la langue ou des commissures labiales. La sensibilité du tégument facial n'a souffert aucune atteinte. L'exploration scrupuleuse de la colonne rachidienne ne fournit aucun résultat. Il n'existe point de constriction douloureuse dans le tronc. Il y a constipation, lenteur inaccoutumée dans l'émission des urines, paralysie passagère de la vessie et nécessité de recourir quelquefois au cathétérisme.

La myotilité des deux membres supérieurs a diminué : ils exé-

cutent cependant tous les mouvements dont ils sont susceptibles, mais avec lenteur, maladresse et difficulté. L'engourdissement du petit doigt et de l'annulaire gauche est plus notable que celui des mêmes doigts du membre opposé. La sensibilité de ces parties est obtuse. Elle est plus obtuse encore dans les membres pelviens. Dans ces parties, l'insensibilité diminue graduellement, à mesure que l'on s'élève vers la région ombilicale ; là le pincement est encore mais obscurément perçu et après coup.

Si le malade touche l'une de ses jambes, sans les regarder, il ne sait ni celle qu'il a touchée, ni ce qu'il a touché : il faut que la vue vienne compléter les insuffisantes données du tact. Dans le décubitus dorsal, il ne peut soulever horizontalement les membres inférieurs. Pendant cet effort, les pieds ne peuvent abandonner le plan de sustentation ; ils se rapprochent péniblement du siége par la flexion des membres. La station debout est impossible. Soutenu par deux individus robustes, il peut faire quelques pas, mais il ne sait ni quand son pied se détache du sol, ni quand il en reprend possession : pour diriger ces mouvements, il lui faut le secours de la vue. Le pouls est lent, régulier, facilement dépressible. La chaleur générale a baissé et les extrémités abdominales sont froides. De l'examen attentif des organes contenus dans le thorax, on ne peut que conclure à leur état normal.

C'est dans cette situation que le malade se fit conduire auprès de M. Lallemand, de Montpellier. Sans se prononcer sur la nature de cette affection, ce pathologiste conseilla d'établir un exutoire à la nuque et de promener des boutons de feu sur les côtés du rachis. Sous l'influence de ces moyens énergiques, employés durant six mois, la marche de la maladie parut seulement enrayée.

Sur ces entrefaites, au moment où la vessie distendue paraissait ne devoir se vider qu'à l'aide du cathétérisme, je mis le malade à l'usage de l'ergot de seigle. 1 gramme fut d'abord pris dans la matinée. Les jours suivants, la dose fut graduellement augmentée et portée à 6 grammes sur la fin de la quinzaine. Le remède fut continué pendant un mois. Le premier jour de l'emploi de l'ergot, l'expulsion des urines eut lieu avec une facilité dont le malade ne se croyait plus capable. A partir de ce moment, l'usage de la sonde devint inutile. Seulement, la paresse de la vessie se reproduisit, mais chaque fois quelques décigrammes de poudre d'ergot en firent prompte et bonne justice.

Les autres effets de l'action de ce médicament sur le système nerveux se traduisirent par des étourdissements passagers, quelques vomituritions ; par l'absence complète de fourmillements et de secousses dans les membres ; par l'orgasme de l'appareil génital, quelquefois suivi de pollutions, et par l'accélération passagère des mouvements du cœur.

Dans cet état, d'après les conseils de M. le docteur Andrieux, de Paris, l'électrisation fut employée un mois durant, sans résultat appréciable.

Aujourd'hui, mars 1848, quinze ans après le début de la maladie, si on la fait commencer au moment de l'apparition des douleurs

rhumatoïdes, les accidents paralytiques mentionnés n'ont pas acquis un nouveau degré d'intensité bien notable.

Quel est le diagnostic de cette maladie ? Le siége en est-il unique ?

Si l'on se reporte par la pensée à l'évolution de la maladie, on voit que, durant plusieurs années, les douleurs des jambes prises pour un rhumatisme constituent l'unique symptôme du mal. Puis viennent la faiblesse et la paralysie de ces membres ; puis se manifestent la lésion de myotilité des membres thoraciques et la lésion plus grave des sens de l'ouïe et de la vision. Cette marche ascendante n'est pas le partage des altérations qui ont pour siége exclusif l'encéphale. Il y a donc lésion du cordon rachidien ainsi que du cerveau. Mais comment l'axe cérébro-spinal est-il lésé ? Problème d'une difficile solution, quand on sait qu'une même lésion organique peut emprunter diverses formes symptomatiques pour se traduire au dehors, et que des lésions organiques très-différentes n'ont quelquefois qu'un cachet symptomatique commun inévitable que l'autopsie seule pourrait dissiper.

Mais ce qui ne saurait rester obscur, c'est l'action de l'ergot de seigle sur la vessie. Il a toujours réveillé la contractilité fort affaiblie du réservoir urinaire. Hâtons-nous d'ajouter que ses bons effets furent seulement temporaires, et que de temps à autre il fallut revenir à l'usage de ce médicament.

L'hémiplégie, liée à une altération matérielle des centres nerveux, un épanchement sangnin par exemple, peut-elle céder, comme la paralysie vésicale qui en est un des symptômes, à l'emploi méthodique de l'ergot de seigle ? C'est encore une question. Je puis citer quelques faits de ce genre, dans lesquels l'ergot a fait partie du traitement. Ces faits me paraissent offrir un autre genre d'intérêt : aussi ne saurais-je résister au désir de l'exposer *in extenso*.

Obs. XII. M. Reverchon, fils du conventionnel de ce nom, âgé de soixante-huit ans, d'une constitution sèche, d'un tempérament nerveux, avait trouvé longtemps le maintien d'une bonne santé dans les fatigues de la chasse et dans une vie frugale. Depuis trois ou quatre ans seulement, il éprouvait de temps à autre des étourdissements, signes avant-coureurs d'une maladie plus grave. En 1837, le 24 février, pendant la lecture de son journal, il éprouve de légères secousses involontaires dans le bras droit, bientôt dans la jambe du même côté. Ces mouvements brusques sont d'abord séparés par d'assez longs intervalles. Il n'en continue pas moins sa lecture et cherche à maîtriser ce qu'il appelle les singulières révoltes de ses membres. Inutiles tentatives ! Les secousses deviennent plus fortes et plus

rapprochées, et semblent déjà se généraliser. Je suis appelé quatre heures après le début, et je trouve le malade dans l'état suivant : Figure effrayée ; intégrité des facultés intellectuelles ; convulsions générales, plus violentes à droite qu'à gauche. Les téguments du front, de la tête, se contractent irrégulièrement et sans relâche. Les globes oculaires sont entraînés dans tous les sens. Les spasmes des muscles de la face donnent lieu aux contorsions les plus singulières, les plus bizarres, mais n'ayant point le cachet hideux de l'épilepsie. Éclate en même temps une succession brusque, saccadée, de mouvements étendus de flexion et d'extension, d'adduction et d'abduction, et des attitudes infiniment variées qu'on ne saurait réaliser dans l'état physiologique. Le tronc est également entraîné dans des directions variées, changeantes, soudaines. La dyspnée est croissante, la respiration bruyante, le pouls accéléré, la peau mouillée d'une sueur profuse.

Ce qui me frappe, dans cette scène pathologique, c'est l'imminence d'une prochaine asphyxie ; c'est la prédominance marquée des convulsions du côté droit, c'est la crainte d'une hémiplégie consécutive, si le malade résiste. (Deux saignées de 600 grammes, à deux heures d'intervalle : caillot consistant, volumineux, sérosité peu abondante.)

La nuit, le malade perd connaissance. Les mouvements convulsifs s'éteignent et sont remplacés par une paralysie complète du côté droit. Dans la matinée, coma profond ; pupilles immobiles, également dilatées ; commissure labiale gauche, tirée en haut et en dehors ; respiration lente, stertoreuse ; à chaque expiration, l'air soulève et gonfle la paroi buccale droite. Abolition de la sensibilité et de la myotilité dans tout le côté droit, la face comprise. Les urines et les matières fécales sont rendues involontairement. Le pouls, lent, régulier, conserve une certaine résistance. Deux nouvelles saignées, dans le jour, de 500 grammes : caillot peu consistant, nageant dans une assez grande proportion de sérosité.

Le malade ne recouvre connaissance que soixante-huit heures après l'apparition des accidents. La langue est déviée à gauche. Les questions paraissent comprises, mais restent sans réponse. Si elles sont continuées, le malade pleure et rit alternativement. Les pupilles, moins dilatées, sont redevenues contractiles. La rétention des urines et des matière fécales a succédé à leur évacuation involontaire. Eau de Sedlitz, cathétérisme, lavement purgatif. La constipation est vaincue. La paralysie de la face, des membres et de la vessie persiste au même degré, après le deuxième septénaire.

Le seigle ergoté est donné à la dose de 1 gramme ; puis chaque jour augmenté jusqu'à 4 grammes ; il est pris pendant trente-trois jours, en revenant sur la fin graduellement à la dose première ; en même temps, exutoire au bras, purgatifs variés tous les trois ou quatre jours. Dès le premier jour de l'emploi de l'ergot, un peu de ténesme, quelques coliques vésicales. Dès le lendemain, miction difficile encore, mais spontanée ; inutilité de la sonde.

Pendant la médication ergotée, un peu de céphalalgie, quelques vertiges, dilatation constante des pupilles, prurit incommode, et, de

temps à autre, de légers ébranlements convulsifs dans les membres, plus évidents du côté non paralysé. Au début de ce traitement, les battements du cœur furent un peu accélérés, puis redevinrent normaux.

Deux mois environ après l'invasion de la maladie, l'état morbide peut se résumer ainsi : sensibilité partout rétablie, quoique obtuse encore ; absence de déviation de la langue et des commissures des lèvres ; parole encore embarrassée, mais traduisant néanmoins les pensées du malade ; myotilité de la jambe, plus forte que celle du bras, dans le côté où elle a été complétement abolie. Le malade peut marcher, en s'aidant du bras d'une personne ; mais il traîne sa jambe, qui lui est un fardeau, et décrit dans la progression des arcs de cercle peu étendus. Il peut exécuter quelques mouvements de totalité avec le bras ; mais les mouvements de préhension de la main sont difficiles, gauches, et très-limités.

Un an écoulé, le malade n'accuse qu'une faiblesse notable dans le côté droit ; il peut faire des promenades à pied ; il peut écrire, mais d'une main mal assurée. La mémoire, l'intelligence, l'énergie morale et physique ont diminué.

A deux mois de là, M. Reverchon tombe du haut d'une échelle, soit que le pied lui manque, ou que la chute soit déterminée par une congestion cérébrale. Je ne vois le malade que le lendemain ; il était resté quelque temps sans connaissance. Malgré le gonflement considérable du membre, je reconnais une luxation en arrière des extrémités supérieures du radius et du cubitus. La réduction s'opère avec une grande facilité ; mais, le membre abandonné à lui-même, la luxation se reproduit avec une facilité plus grande ; ce qui me fait admettre la complication de fractures au moins de l'apophyse antérieure du cubitus. Trois jours après cette chute, le malade, en descendant un escalier, tombe sur le siége ; quoique étourdi, il peut de lui-même regagner son lit. Deux heures après, il éprouve des convulsions générales, mais de médiocre intensité, et dont la durée est à peine de quelques minutes. Il accuse une sensation de froid dans le bas-ventre et surtout dans le bassin. A ma visite, tout était dissipé : je ne trouvai que de la faiblesse, de l'étonnement et de l'inquiétude. A trois ou quatre heures d'intervalle, les mêmes accidents se reproduisent sans que je puisse en être témoin. Ils sont toujours d'une courte durée, toujours sans perte de connaissance. Seulement le ventre devient dur, un peu tuméfié et sensible à la pression.

Le malade n'a pas rendu de sang par le rectum ni par les voies supérieures. Il est faible, pâle, inquiet ; à l'exploration de son pouls, on dirait qu'il vient de subir une très-large saignée. A peine quelques heures se sont écoulées, que de nouvelles convulsions générales, soudaines, éclatent, durent quelques minutes, sont suivies d'un état syncopal que terminent brusquement deux longues expirations, et la mort survient.

Quarante-huit heures après, l'autopsie fut faite en présence des docteurs Imbert et Duplan. Les traces d'un ancien épanchement sanguin dans le cerveau ; une luxation du coude avec fracture ; une

hémorrhagie abdominale dont l'origine restait à préciser, voilà ce que nous avions surtout en vue de constater.

Extérieur. — Cadavre amaigri ; abdomen saillant; pâleur générale, rappelant celle de la cire qui a jauni de vétusté.

Tête. — Méninges et substance cérébrale, exsangues. Au centre de l'hémisphère gauche, kyste oblong, pouvant contenir un œuf de poule, à parois minces, jaunâtres, et rempli de sérosité citrine. Les couches cérébrales adjacentes ont conservé leur consistance naturelle. Le reste du cerveau n'offre rien d'anormal. Les artères cérébrales vides sont remarquables par une altération particulière, plus marquée et plus étendue dans les artères de la base. Ce sont des plaques jaunâtres, irrégulièrement elliptiques, peu épaisses, fragiles, et d'assez petite dimension.

Bras droit. — La dissection révèle une désorganisation plus étendue que celle qu'on avait reconnue du vivant du malade : fracture de la partie supérieure du radius, au-dessus de la tubérosité bicipitale ; division dans le sens longitudinal du fragment supérieur ; ligaments latéraux, antérieur et postérieur, baignés de pus et dilacérés ; parties molles circonvoisines infiltrées de pus et de concrétions sanguines.

Thorax. — Les poumons sont pâles et sains ; le cœur et les gros vaisseaux sont vides. La crosse de l'aorte est le siége de quatre ou cinq de ces plaques, déjà notées dans les artères du cerveau.

Abdomen.— Rempli par un vaste épanchement sangnin. Le sang est d'autant plus liquide qu'on l'examine plus supérieurement, tandis que, dans le bassin, il est pris en larges caillots ; ces concrétions indiquent, par leurs degrés divers de consistance, des époques de formations successives. L'abdomen débarrassé de ce sang, on remarque comme une large nappe lisse, d'un rouge brun, qui recouvre la plupart des viscères. Elle est formée par les deux feuillets de l'épiploon gastro-splénique et du grand épiploon, écartés et distendus par une couche assez épaisse de sang coagulé : cette nappe offre çà et là des déchirures irrégulières, obstruées par du sang ; son volume est plus considérable entre la rate et l'estomac, ce qui détermine d'abord l'examen de l'artère splénique. Les flexuosités de ce vaisseau, dures, inégales, sont plus prononcées que dans l'état physiologique. Elles offrent des renflements insolites, surtout au niveau de chaque courbure. Sur la convexité de l'une de ces inflexions, à une égale distance à peu près de la rate et de l'estomac, il existe quelques points d'ossification et près d'eux une rupture irrégulière de l'artère splénique, pouvant admettre une plume à écrire. En poursuivant l'examen de l'arbre artériel abdominal, on note là quelques plaques crétacées, ici des plaques semi-cartilagineuses, d'autres en voie d'ossification ; dans quelques endroits, des points mats agglomérés; ailleurs, par places, comme une simple perte de transparence des tuniques artérielles : on dirait l'état embryonnaire d'une lésion pathologique, laquelle, ailleurs, a déjà plus ou moins parcouru ses différentes phases d'évolution. Nulle autre déchirure artérielle ; viscères décolorés, sans autre altération appréciable.

Dans ce cas, il est remarquable que la paralysie de la vessie cède,

au bout de peu de temps, aux premières doses d'ergot de seigle. Je sais bien que la paralysie de la vessie, commune chez les sujets récemment frappés d'apoplexie, est fort rare chez ceux que l'on examine longtemps après qu'ils ont été atteints d'hémorrhagie cérébrale. Ces sortes de paralysie se dissipent donc presque toujours, par suite du traitement dirigé contre l'affection du cerveau. Mais ici, ce qui est digne d'attention, c'est la rapidité d'action de l'ergot sur la vessie paralytique; état morbide qui n'aurait disparu qu'avec lenteur, sans l'emploi de cet agent médical.

Dans le cas actuel, la nature de la maladie nous serait confirmée par l'autopsie, si la singularité des convulsions générales qui ont précédé l'hémiplégie avait laissé quelques doutes dans l'esprit de l'observateur. Ce kyste séreux, bien qu'une des terminaisons les moins fréquentes de l'épanchement sanguin, porte avec lui le caractère de son origine : ces teintes, d'un jaune nuancé, sont évidemment contemporaines d'un foyer apoplectique. Peut-être serait-on tenté de regarder l'altération crétacée des artères du cerveau comme la source de l'hémorrhagie cérébrale; mais ces sortes d'apoplexie n'ont pas de symptômes précurseurs.

Noterai-je la guérison de l'hémiplégie, malgré la présence d'un kyste volumineux dans le cerveau, résultat du travail de réparation auquel s'était livrée la nature? Attribuerai-je la guérison de l'hémiplégie à l'agent médicamenteux? Ce serait méconnaître la marche naturelle de cette affection et tomber dans le sophisme : *post hoc, ergò propter hoc.*

Ce fait m'en rappelle un autre, identique quant aux lésions anatomiques, mais bien différent sous le rapport de la persistance des lésions fonctionnelles.

Un individu de moyen âge, pris subitement de perte de connaissance et d'hémiplégie, fut porté à l'hôpital. La paralysie persista jusqu'à la mort, laquelle fut causée, huit mois après, par une pneumonie intercurrente. L'hémisphère opposé à la paralysie était le siége d'un kyste séreux, semblable à celui de l'observation précédente, pour le siége, la forme, le volume et la coloration. Ainsi, chez un sujet, longtemps avant la mort, la paralysie avait disparu; chez l'autre, elle a persisté jusqu'à la terminaison funeste. Et cependant, tous deux avaient la même lésion pathologique.

Par delà les conditions morbides appréciables sur le cadavre, il y en a donc d'autres, aussi importantes, qui échappent au scalpel. Ces conditions, d'un autre ordre, ajoutent leur influence à celles des conditions physiques, pour permettre ou empêcher la manifestation des désordres fonctionnels.

Passerai-je sous silence les convulsions générales qui ont signalé l'invasion de l'hémorrhagie cérébrale, et celles qui, plus tard, ont précédé la mort. Les premières se sont déclarées, pendant que le cerveau se trouvait sous la stimulation du molimen hémorrhagique. Les autres se sont manifestées alors que l'encéphale cessait d'être normalement stimulé par le sang qui s'échappait de la rupture d'une artère éloignée. Ainsi deux lésions différentes, l'hypérhémie et l'anémie cérébrales, peuvent se traduire par des symptômes à peu près semblables.

La diversité de consistance des épanchements sanguins multiples de l'abdomen dénote que l'hémorrhagie s'est faite à diverses reprises, et qu'elle a chaque fois coïncidé avec l'explosion de nouveaux mouvements convulsifs.

Ajoutez la rareté de la rupture de l'artère splénique : rupture spontanée, ou mieux, préparée par la lésion de ses parois et déterminée par la chute. Peut-être alors ces digressions, auxquelles je me suis livré, trouveront-elles dans l'intérêt qu'elles soulèvent un motif de légitime excuse?

Obs. XIII. Mme veuve Chassenet, de Marcigny, marchande de cotons, âgée de soixante-deux ans, n'a eu, en fait de maladies graves, qu'une péritonite guérie depuis six ans. A quarante-huit ans, ses règles cessèrent, sans accidents immédiats. Elle prit de l'embonpoint, éprouva souvent des bouffées de chaleur au visage et des étourdissements, qui ne furent point combattus. Le 3 janvier 1848, le matin, au moment même où elle se félicitait de sa bonne santé, elle sentit sa jambe gauche fléchir, puis le bras du même côté s'engourdir et retomber le long du corps : en même temps la parole s'embarrassa. J'étais près d'elle et je fus témoin de la dégradation lente et successive de la myotilité du côté gauche. La malade fut aussitôt mise au lit et saignée largement Durant l'émission sanguine, elle perdit connaissance, et l'hémiplégie ne tarda pas à survenir. La figure et la langue étaient déviées à droite, la sensibilité abolie dans les parties paralysées, la respiration stertoreuse, et le pouls lent et résistant. Nouvelle saignée de 500 grammes dans la soirée. Le lendemain, la malade recouvra l'usage de ses sens ; mais il lui était impossible d'articuler quelques mots. Elle portait à chaque instant la main libre sur son bas-ventre, comme pour y attirer mon attention. L'altération de ses traits témoignait en même temps de la douleur.

La région sus-pubienne était soulevée par une tumeur oblongue, mate, circonscrite, et touchant presque à l'ombilic : il y avait rétention d'urine. L'introduction de la sonde procura la sortie d'une pinte et demie environ de ce liquide, foncé et exhalant une odeur ammoniacale. Un mois durant, je fus obligé de pratiquer le cathétérisme tous les jours. Pendant ce temps, des purgatifs furent donnés pour vaincre la constipation et favoriser la résolution de l'épanchement.

Malgré cette médication, la position de la malade n'avait guère changé. L'extinction de la myotilité des membres et de la vessie était tout aussi complète que dans les premiers jours. La sensibilité semblait se rétablir dans les téguments de la face et de la jambe. La paralysie de la langue et de la paroi buccale avait un peu diminué. Mais la malade, pleurant et riant sans motif, ne pouvait encore se faire comprendre que très-difficilement, en dénaturant, plutôt qu'en articulant, quelques mots inachevés. Dans ces conditions, je donnai 1 gramme d'ergot de seigle, divisé en quatre doses, à prendre dans la matinée. Le lendemain même les fonctions de la vessie commençaient à se rétablir, et, quatre jours plus tard, le cathétérisme devenait une ressource inutile. Malgré ce résultat remarquable, moins pour maintenir la contractilité du réservoir urinaire que pour combattre l'hémiplégie, cet agent fut élevé par degrés à 4 grammes, et donné pendant six semaines.

Sous l'empire de l'ergot, la malade se plaignit de quelques étourdissements, de fourmillements incommodes dans les membres pelviens, et surtout d'une sorte de ténesme vésical. Il y eut, en même temps, dilatation constante des pupilles, sans lésion de la vue. L'ergot ne parut pas avoir de retentissement sur l'organe central de la circulation.

Aujourd'hui, 20 avril, l'expulsion des urines est naturelle. La malade peut se faire comprendre, bien que la parole soit encore gênée. La paralysie du bras n'a subi aucun changement. Celle de la jambe n'est pas aussi complète; mais la station debout et la progression sont impossibles. La sensibilité des parties paralysées, bien qu'obtuse, manifeste cependant son retour.

L'instantanéité de l'hémiplégie, plus ou moins complète et persistante, est bien ce qui constitue le phénomène pathognomonique de l'apoplexie; mais cette soudaineté est loin d'être toujours constante. Ainsi, chez le sujet dont il est ici question, l'hémiplégie n'est arrivée à son apogée qu'au bout d'une heure et demie.

Ce qui doit fixer surtout notre attention, c'est l'inutilité de l'ergot de seigle pour rétablir la myotilité des membres, et son évidente action pour restituer à la vessie sa contractilité perdue.

Obs. XIV. Dufour (Jeanne), marchande de légumes, avait toujours joui d'une bonne santé. Mariée dans le mois de janvier 1835, elle devint presque aussitôt enceinte. A partir du deuxième mois de sa grossesse, et sans cause appréciable, elle ressentit des fourmillements et des crampes dans la jambe gauche, et peu après au bras correspondant. Cet état s'aggrava sur la fin d'avril; elle fut obligée de garder le lit et présentait alors les symptômes suivants : Figure colorée, sans céphalalgie; stupeur légère, traits de la face fortement déviés à droite. La langue, tremblotante, peut à peine se produire au dehors. L'articulation des mots est impossible; il y a seulement émission de sons confus, lorsque la malade veut parler. La jambe, le bras et la face du côté gauche offrent une abolition complète du mouvement et du sentiment. Il y a constipation, réten-

tion d'urine, abaissement de la température extérieure, surtout dans les parties paralysées.

La respiration est naturelle; le pouls régulier, fort, se laisse difficilement déprimer. Saignée de 500 grammes; caillot consistant, point de couenne, sérosité peu abondante. Cathétérisme quotidien; minoratifs répétés.

La grossesse marchait régulièrement; mais au sixième mois, il survint des contractions utérines, et l'accouchement se fit après douze heures d'un travail régulier. Le produit de la conception, bien conformé, vécut dix jours.

A la sortie spontanée et rapide du placenta, il se déclara une hémorrhagie assez abondante pour qu'on dût, sans délai, recourir à l'ergot. Les contractions de l'utérus se ranimèrent, la perte diminua et la vessie se vida sous la seule influence de la volonté. Le médecin de la malade, M. Duplan, ne savait à quoi attribuer le retour de la contractilité des tuniques vésicales, pendant que l'hémiplégie persistait.

Sur ma proposition, l'ergot fut donné à la dose de 3 grammes, pendant deux mois et demi. Point de résultat, si ce n'est le maintien des fonctions de la vessie. Tant que dura la médication, nous observâmes une série de phénomènes, dénotant un trouble particulier de l'innervation; prurit, constriction des pupilles, nausées, vomissements rares, ténesme vésical, hilarité, excitation du sens génital, désir des rapprochements conjugaux.

Trois mois après, la malade, soutenue par son mari, pouvait, mais péniblement, faire quelques tours de chambre. Les mouvements du bras étaient à peu près nuls; la sensibilité s'y rétablissait, ainsi que dans la jambe. Les traits de la face étaient moins déviés.

Six mois après l'accouchement prématuré, la malade devint enceinte. L'état morbide n'eut aucune influence sur la grossesse et la parturition. L'enfant venu à terme existe encore.

La malade fut ensuite soumise à l'électrisation, à l'usage de la strychnine, aux eaux de Bourbonne, le tout sans amélioration notable.

Aujourd'hui, 24 mars 1848, treize ans après le début de la maladie et cinq ans après la cessation de tout traitement, on observe les changements qui suivent : la malade exprime ses idées avec une certaine gêne, qui semble reconnaître pour cause autant la faiblesse d'intelligence que la difficulté d'articuler; la distorsion des traits ne se prononce que lorsqu'elle rit en parlant; la sensibilité est encore obtuse.

Le bras gauche exécute des mouvements de totalité avec une certaine force. Lorsque la main a saisi un objet, les doigts fléchis ne peuvent plus s'étendre, sans le secours de la main droite, et, chose remarquable, ils s'étendent néanmoins et laissent tomber l'objet saisi, si la malade ne songe plus à les étendre. Cette femme marche en fauchant; elle porte en avant le côté droit, le gauche restant sur un plan presque postérieur. La jambe gauche fléchit brusquement chaque fois que, dans sa progression, elle est appelée à soutenir à son tour le poids du corps. Il en résulte une singulière variété de claudication.

On pouvait croire, dans le principe, à une de ces paralysies anormales qui se développent sous l'influence d'une grossesse et disparaissent après l'accouchement.

Loin de là, la lésion cérébrale, en parcourant ses périodes, paraît avoir suscité du trouble dans l'économie et provoqué l'accouchement avant terme. Il est remarquable que la grossesse suivante ait normalement suivi sa marche. Le système vivant était-il assez habitué aux lents progrès de cette maladie, pour ne plus éprouver de nouvelles perturbations utérines ?

Quelle est la nature de cette lésion des centres nerveux ? un ramollissement ? une tumeur devenue stationnaire ? etc. On épuiserait, je crois, une longue série de conjectures, sans arriver à la solution d'un problème qui demanderait les lumières de l'autopsie.

Il n'en reste pas moins évident que la paralysie de la vessie, datant de trois mois, a cédé à une première dose d'ergot de seigle, donnée par un confrère dans un autre but ; et que cet agent, continué à haute dose, n'a pas eu d'influence sur l'amendement de l'état paralytique. Cette amélioration ne s'est produite que plusieurs années après les différentes médications employées ; il semble donc plus rationnel de l'attribuer aux salutaires efforts de la nature.

Ces faits, bien que peu nombreux, peuvent encore fournir matière à quelques considérations.

J'ai eu souvent occasion, en donnant l'ergot aux femmes en travail, d'observer les deux ordres de phénomènes qu'il provoque, et qui ont été si bien analysés par les habiles thérapeutistes, MM. Trousseau et Pidoux. Parmi ces effets, on a noté l'augmentation de la sécrétion urinaire. Mais n'y aurait-il pas illusion ? Cette apparente augmentation ne serait-elle pas simplement le résultat des contractions de la vessie, plus vives et plus soutenues sous l'influence de l'ergot. Laissons un instant de côté les observations.

Puisque l'ergot active les contractions de la matrice, ne peut-on déjà, par analogie, lui attribuer une action identique sur la vessie ? Cet organe, distendu dans la rétention d'urine, offre quelques traits de ressemblance avec l'utérus distendu par le produit de la conception. La vessie s'élève au-dessus des pubis, son bas-fond remonte, et il arrive un moment de réplétion extrême où, semblable à la matrice, à une époque avancée de la grossesse, elle semble faire effort pour passer du bassin dans la propre cavité de l'abdomen. Cette ressemblance est encore plus frappante, lorsque la matrice est dilatée par la présence de l'eau, d'hydatides, etc... Prescott, Da-

vies, etc., ont rapporté des faits établissant l'action expultrice de l'ergot sur l'utérus ainsi dilaté.

Si l'on abandonne l'ordre pathologique pour établir un parallèle entre la vessie et la matrice, on trouve des traits de similitude d'anatomie et de physiologie, presque suffisants pour faire présumer l'identité de l'action de l'ergot sur ces deux organes.

Les fibres musculaires de la matrice sont de deux ordres : celles du col, circulaires, ferment la cavité utérine ; celles du corps de l'organe, dont les extrémités s'attachent aux circulaires, contournent le globe utérin. Quand ces fibres elliptiques se contractent, les circulaires par là sont distendues, le col ouvert et la cavité de l'utérus rétrécie. C'est par ce mécanisme que la matrice concourt à l'expulsion du fœtus.

La vessie a des fibres musculeuses, elliptiques comme celles du corps de la matrice ; mais les fibres ramassées du col vésical ne sont pas toutes musculaires ; elles sont en partie fibreuses et, comme telles, inertes. Il résulte de cette disposition que les fibres charnues, elliptiques, par lesquelles le col fibreux est ouvert, rétrécissent, en se contractant, la cavité de la vessie, et expulsent l'urine par ce mécanisme.

L'utérus et la vessie empruntent également pour remplir leurs fonctions le secours des muscles de l'abdomen et de ceux du diaphragme.

La vessie et l'utérus sont composés de membranes de même nature, séreuse, musculeuse et muqueuse, et reçoivent l'animation des nerfs et des artères provenant des mêmes sources ; les artères, des hypogastriques et de ses branches ; les nerfs, des plexus sciatiques et hypogastriques.

L'accouchement, ainsi que l'expulsion des urines, est un acte de la classe des excrétions. Aussi remarque-t-on la sensation annonçant que l'élimination a besoin de se faire, l'action expultrice du réservoir qui contient la matière à rejeter, et l'action musculaire de concours que la volonté ajoute à la précédente.

La contraction de la vessie et celle de l'utérus ne sont pas soumises à l'empire de la volonté, bien que l'un et l'autre organe reçoivent des nerfs spinaux. On n'a pas plus le sentiment de la contraction de la vessie que celui de la contraction de l'intestin. On a évidemment confondu avec l'action de la vessie et de l'utérus celle des muscles, qui leur sont annexés à titre de puissance auxiliaire. Il paraît certain, en effet, que c'est moins par son influence sur l'action contractile de la vessie et de l'utérus que sur celle des muscles

de l'abdomen et du diaphragme que la volonté a quelque pouvoir sur l'expulsion de l'urine et du fœtus.

C'est de ces considérations d'anatomie et de physiologie que je me suis inspiré pour faire, dans le traitement de certaines lésions de la vessie, une application nouvelle de l'ergot de seigle.

Il est donc tout naturel d'arrêter un instant notre attention sur cette substance végétale, très-commune dans la localité que j'habite. On en peut toujours distinguer trois espèces : l'une remarquable par sa substance intérieure, d'un blanc grisâtre, collante, difficile à briser, à l'odeur de moisi et d'une saveur âcre; l'autre est blanche, farineuse, sans odeur, sans âcreté notable; la troisième, dont je me sers toujours et que je recommande aux thérapeutistes, est d'un brun violet à l'extérieur, d'une forme presque cylindrique, amincie à ses deux extrémités, presque toujours gercée et recourbée. Sa substance intérieure est rougeâtre, moins foncée au centre. Elle a une saveur légèrement âcre et nauséabonde. Réduite en poudre fraîche, elle a le goût et l'odeur d'écrevisse cuite. C'est cette dernière qu'il faut préférer.

Dans le but de connaître les effets physiologiques de cette substance, j'en ai pris plusieurs fois, à jeun, 1 gramme divisé en quatre doses; les résultats furent : un peu de pesanteur à la tête, un léger sentiment d'ivresse analogue à celle du vin de Champagne; quelquefois besoin d'uriner plus fréquent que dans mon état habituel; presque toujours une espèce d'inquiétude dans les membres pelviens, qui ne me permettait pas le repos; d'autres fois, la nuit suivante, espèce de jactation involontaire, insomnie ou sommeil agité; rhythme des battements du cœur variable. Ces effets ne se sont jamais produits simultanément, mais tantôt les uns, tantôt les autres; quelquefois ils faisaient tous défaut, surtout si j'avais continué l'usage de cette substance sans en augmenter la dose. Tel est le tableau mobile des effets physiologiques variables, inconstants, que j'ai éprouvés dans cette expérimentation. Je suis donc loin de donner mes sensations comme types. Je sais trop que le résultat de ces sortes d'expériences doit présenter des variations nombreuses. Il serait difficile qu'il en fût autrement : la vie ne se compose-t-elle point d'une série de phénomènes se modifiant sans cesse? Est-elle toujours semblable à elle-même, non-seulement sur des individus différents, mais encore sur le même individu considéré à des intervalles rapprochés? De nombreuses causes n'impriment-elles pas sans cesse de nouvelles modifications au système vivant? Donc, faire la part exacte de l'agent extérieur mis en jeu sur l'économie dans l'état de santé est une

tâche pleine de difficultés. Le problème ne sera-t-il pas plus complexe si l'on met des substances étrangères en contact intime avec l'organisation dans l'état de maladie? Aussi Hippocrate a-t-il consacré dans un de ses aphorismes cette grande vérité : *experimentum difficile, experientia fallax.*

Bien prémunis, tâchons d'apprécier l'action de l'ergot de seigle, dans les cas que j'ai relatés.

Nous avons lieu de remarquer d'abord l'innocuité de l'ergot, bien qu'il ait été administré à doses élevées et longtemps continuées. J'avoue donc que je suis porté à mettre en doute les effets délétères que quelques observateurs lui ont attribués : ergotisme gangréneux, ergotisme convulsif. Il me serait difficile de ne point me ranger, sur ce point, à l'opinion de Camérarius, Model, Parmentier, Trousseaux et Pidoux.

Peut-être serait-il possible de concilier ces deux opinions contradictoires, si l'on considère bien qu'il n'est point démontré que l'ergot soit partout le même; qu'il en existe de plusieurs espèces, et qu'il pourrait se faire qu'il y eût un ergot vénéneux et un autre qui ne le fût pas : c'est du reste l'opinion de M. Goupil.

Maintenant, si nous poursuivons l'analyse des différents phénomènes de cette médication, nous remarquerons que chez le sujet de l'observation IV ils ont complétement fait défaut. Cette exception trouverait-elle sa cause dans l'idiosyncrasie du malade ou dans ses habitudes d'ivresse? Toujours est-il qu'une substance, pour n'être pas toujours fidèle à son mode d'action, ne cesse pas pour cela d'être un agent thérapeutique.

Nous trouverons que quatre fois sur quatorze il y a eu excitation évidente des organes génitaux, sans que l'observation la plus attentive puisse l'attribuer à d'autres causes qu'à l'ergot de seigle;

Que l'action sur le centre circulatoire, dans les cas où elle a été observée, a été tantôt nulle, tantôt sédative, tantôt excitatrice. Cette variété d'effets dénoterait l'ascendant d'autres influences sur le cœur, dont il aura été difficile de tenir compte. On sait du reste que ce n'est qu'à l'ergotine que M. Sée a reconnu des propriétés sédatives, analogues à celles de la digitale.

Nous trouverons que presque tous les sujets ont à des degrés divers éprouvé une modification du système nerveux; que les effets les plus constants ont été une sorte d'inébriation attrayante, des démangeaisons à la peau, des nausées, des inquiétudes dans les membres inférieurs, des secousses convulsives légères, et surtout l'excitation de la contractilité de la vessie affaiblie ou éteinte.

Sans entrer dans de subtiles explications, je me bornerai à constater que tous les phénomènes produits par l'ergot sont évidemment des effets multiples d'excitation ;

Que cet agent paraît surtout avoir une sorte de prédilection mystérieuse pour la vessie, du genre de celle qu'on ne lui conteste point pour l'utérus et tout aussi inexplicable ; qu'en un mot c'est un excitant spécial et passager du système nerveux ; qu'il paraît porter plus particulièrement son action sur la portion lombaire du cordon rachidien et le plexus hypogastrique du grand sympathique, lesquels eux-mêmes réagissent sur certains ordres de muscles, et notamment sur ceux de la vessie.

Je ne puis donc ranger l'ergot dans la classe des opiacés, selon l'opinion de M. Bonjean. Les sujets de nos observations ont tous fait un long usage de l'ergot de seigle : aucun d'eux ne m'a offert le moindre effet de la médication stupéfiante ; rien qui rappelât, même d'une manière éloignée, l'abrutissement stupide des ivrognes, des fumeurs et des mangeurs d'opium. L'enivrement fugace des ergotisés ne peut se comparer qu'aux effets d'un verre de champagne.

Il faut pourtant remarquer que ce que M. Bonjean a rapporté de l'action stupéfiante de l'ergot a trait seulement à l'un des principes isolés de cette substance, l'ergotine. Il se peut donc que les effets de ce principe présentent quelque analogie avec ceux de l'opium.

Qui ne sait, du reste, que quelques médecins pensent que la thérapeutique trouve dans l'ergot trois agents dont le mode d'impression diffère : l'ergotine, qui agit sédativement sur le cœur et suspend les hémorrhagies ; l'extrait alcoolique, qui détermine les gangrènes ; et le seigle ergoté, l'excitant par excellence de l'utérus et de la vessie?

Quoi qu'il en soit, je crois pouvoir formuler les propositions suivantes, comme corollaires de ce qui précède :

L'ergot triomphe des rétentions d'urine, par simple distension de la vessie, quand elles n'ont pas cédé au cathétérisme, et abrége la durée de celles que le cathétérisme guérirait avec le temps.

Il est sans efficacité dans le traitement des rétentions dues à un engorgement de la prostate. Il n'exerce aucune action résolutive sur l'hypertrophie de cette glande.

La paralysie de la vessie, symptôme d'une hémorrhagie cérébrale, cède assez promptement à la médication ergotée. Il n'en est point de même de la paralysie des membres consécutive à l'apoplexie.

L'ergot est également efficace contre la paralysie vésicale, liée à une lésion des centres nerveux mal déterminée, et sans action sur la paralysie des membres dépendant de cette même lésion.

L'ergot, vu le caractère fugace de ses effets, doit être donné à doses rapprochées et fractionnées. On peut en élever graduellement la dose jusqu'à 5 grammes par jour.

Ces propositions reposent sur un trop petit nombre de faits pour être incontestables. Elles attendent encore la consécration du temps et de l'expérience, cette double pierre de touche des méthodes thérapeutiques.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la glycyrrhizine, ou principe sucré de la racine de réglisse.

Cette maxime de l'Evangile : *Quærite et invenietis*, est vraie toujours, même en chimie ; en voici un exemple à l'appui :

Lorsqu'on lit le beau travail de M. Robiquet père, sur la racine de réglisse, et les savantes observations chimiques de MM. Thomson, Pelletier et Berzelius sur cette substance, on est en droit de croire qu'il n'y a plus rien à dire sur ce sujet. Cependant nous y avons encore trouvé à glaner. C'est qu'en effet nous avons noté que pour extraire de la racine de réglisse le principe sucré qu'elle contient, il est préférable d'employer le bitartrate de potasse à l'acétate de plomb, à l'acide sulfurique pur, à l'eau de chaux, à l'oxalate d'ammoniaque, aux sels de fer, ou enfin au muriate de baryte, dont les manipulations sont longues et les produits moins beaux.

Nous avons opéré de la manière suivante :

Après avoir réduit la racine de réglisse en poudre grossière ou l'avoir coupée en petits filets, on l'épuise par l'eau froide de son principe sucré. On filtre cette macération, puis on y ajoute 1 partie de bitartrate de potasse pour 95 parties de ce liquide.

Il se forme dans le mélange un énorme précipité ; on filtre.

Si la liqueur est encore sucrée, il faut lui ajouter une seconde dose de sel potassique et filtrer de nouveau.

On sèche à l'étuve le précipité obtenu, qu'on traite par l'alcool rectifié, pour séparer la glycyrrhizine du bitartrate de potasse, de l'amidon et des autres principes de la réglisse que l'eau avait dissous ; la glycyrrhizine prend dans l'eau bouillante la consistance gélatineuse : il est donc essentiel d'opérer à froid. La glycyrrhizine

obtenue par notre procédé est d'une belle couleur jaune, d'une saveur sucrée, franche, sans odeur; elle jouit de toutes les propriétés chimiques qui lui sont propres.

Nous avons également noté que l'infusion aqueuse de réglisse prend au contact du sous-carbonate de potasse une couleur jaune safranée si belle, qu'il serait à désirer qu'elle résistât aux rayons de la lumière : ce serait une conquête pour l'industrie teinturière, le produit étant peu dispendieux, la manipulation facile. Voilà pour les chimistes un sujet d'étude. STANISLAS MARTIN.

Pommade contre la surdité nerveuse.

Les essais nombreux de traitement des surdités nerveuses tentés en ces derniers temps nous engagent à signaler la pommade suivante, qui est recommandée par un vénérable praticien de New-York, le docteur Boyd. Voici sa formule :

Vératrine..........................	1 gramme.
Pommade rosat....................	30 grammes.

Mêlez, gros comme une noisette en friction, matin et soir, derrière l'oreille malade.

Tannin, contre-poison de la strychnine.

D'après des études chimiques et des expériences sur des animaux, M. le professeur Kurzak aurait été conduit à considérer le tannin comme un contre-poison de la strychnine. Nous laisserons de côté les données chimiques, pour nous en tenir uniquement ici aux résultats des expériences sur les animaux. Voici quels ont été ces résultats.

Des expériences directes ont démontré que le tannate de strychnine ne se dissout pas dans les liquides digestifs. Pour prévenir tout effet toxique, il faut que la dose de tannin soit de 20 à 25 parties pour 1 de strychnine. M. Kurzak considère toutefois comme prudent, dans un cas d'empoisonnement, d'employer une quantité plus considérable de tannin, parce que diverses substances contenues dans l'estomac (la gélatine par exemple) en précipitent une partie. Ce procédé s'applique spécialement au nitrate de strychnine, avec lequel M. Kurzak a fait ses expériences, et qui est le sel de strychnine le plus soluble. *A fortiori* pourra-t-on compter sur l'action neutralisante du tannin lorsqu'il s'agira d'un empoisonne-

ment par la strychnine pure, qui est très-peu soluble, ou par la noix vomique, qui ne peut se dissoudre qu'avec une lenteur extrême.

Le tannin, comme antidote de la strychnine, serait un agent d'autant plus précieux qu'il est toujours possible de se procurer sans délai des noix de galle qui en contiennent une forte proportion. On les pulvérise rapidement, et on administre aussitôt la poudre réduite en pâte avec de l'eau ; ce mélange a, en outre, l'avantage de procurer facilement des vomissements. En même temps on préparera une infusion de noix de galle, que l'on fera ensuite avaler au malade. On se rappellera que les galles d'Alep renferment en moyenne 50 pour 100 de tannin, et celles d'Illyrie 20 pour 100 ; il est dès lors facile de calculer ce qu'il en faut administrer pour neutraliser un poids donné de strychnine ; on fera toujours bien de forcer notablement la dose, surtout en raison des vomissements qui sont à peu près inévitables. A défaut de noix de galle, on peut employer une infusion de thé vert ; mais ce moyen ne peut être utile que dans les cas où la dose de strychnine ingérée est tout à fait minime ; il faut, en effet, par décigramme de nitrate de strychnine, une infusion de 30 grammes de thé. L'écorce de chêne, qui contient 8,5 pour 100 de tannin, serait d'un emploi plus avantageux, de même que les glands (9 pour 100 de tannin), l'écorce de marronnier sauvage (8 pour 100), ou de saule (5 1/2 pour 100), la racine de tormentille (17 pour 100) ou de bistorte, ou encore le brou de noix. En raison des réactions du tannate de strychnine, il importerait d'éviter l'emploi des acides végétaux et des alcooliques. Enfin, les expériences de M. Kurzak confirment ce fait généralement reconnu que, dans le cas où la strychnine a été absorbée en quantité suffisante pour que des contractions tétaniques se produisent spontanément, ces convulsions peuvent éclater à l'occasion du moindre mouvement volontaire et de toute excitation des nerfs de sensibilité, influences accessoires qu'il faut, par conséquent, éviter avec le plus grand soin.

Les faits qui ressortent de ces expériences ne peuvent être considérés comme définitivement acquis à la science, ils demandent encore la sanction de l'expérience clinique. Mais il nous a paru que, comme documents propres à fournir des indications utiles à la thérapeutique, ils méritaient, en attendant cette sanction, d'être pris en sérieuse considération.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Remarques sur un fait de pleurésie aiguë, accompagnée d'épanchement considérable, et traitée avec succès par la thoracentèse.

La ponction de la poitrine est une opération aujourd'hui acceptée par la plupart des médecins ; cependant, malgré les efforts de MM. Trousseau et Aran, l'emploi de cette méthode est loin d'être aussi répandu qu'on devrait le croire, et on trouve encore chez beaucoup de praticiens une certaine répugnance, ou tout au moins peu d'empressement à y recourir. Dans le mémoire que M. Dauvergne vient de publier dans le *Bulletin de Thérapeutique* sur les indications et le traitement de la pleurésie avec épanchement, notre confrère discute les différents moyens qu'on oppose aux épanchements pleurétiques, et conclut en mettant en première ligne les antiphlogistiques, surtout les saignées répétées, générales ou locales, la diète lactée, les diurétiques, etc., et rejetant les vésicatoires, surtout lorsqu'il existe encore de la fièvre, de l'inflammation; mais il ne discute pas la valeur de la thoracentèse qu'il a dû regretter, à propos de l'observation VII, de n'avoir pas pratiquée, en présence d'un épanchement considérable, qui augmenta sans cesse malgré les vésicatoires, la diète, les diurétiques, et qui finit par emporter le malade; il a dû le regretter d'autant plus que chez un de ses malades (obs. VIII) elle avait procuré un soulagement considérable et instantané (M. Dauvergne avait retiré près de dix litres d'un liquide trouble et noirâtre).

Le fait que je vais rapporter prouve combien la thoracentèse peut être pratiquée sans danger, et combien elle abrége la durée d'une maladie qui ne se terminerait qu'après plusieurs semaines et même plusieurs mois, et nécessiterait l'emploi de remèdes énergiques, tels que saignées, vésicatoires, diurétiques, diète prolongée, etc. Dans l'observation qu'on va lire, on sera étonné de l'absence d'oppression, malgré un épanchement presque excessif, et l'on ne trouvera pas dans les symptômes éprouvés par le malade l'indication de la thoracentèse, qui ne ressortait que des signes physiques fournis par la percussion et l'auscultation, ainsi que par la connaissance des accidents que pouvaient entraîner les désordres survenus dans les organes thoraciques et surtout le déplacement du cœur.

Obs. Louis Colson, âgé de treize ans et demi, demeurant rue La Fayette, 48, d'un tempérament nerveux, d'une constitution faible, a eu pendant son enfance de nombreuses maladies : ainsi, à

l'âge de dix-huit mois, il a été atteint d'une hémorrhagie intestinale qui a duré un mois.

A l'âge de quatre ans il a eu la rougeole et ensuite la coqueluche. Depuis l'âge de sept ou huit ans, il souffre de migraines qui, du reste, sont héréditaires dans sa famille ; il a des épistaxis fréquentes; enfin, l'année dernière, au mois d'avril, il a eu une fièvre typhoïde qui a duré cinq semaines.

Cette année, pendant les mois de février et de mars, pour obtenir à sa pension le prix de Pâques, il a travaillé au delà de ses forces, et au commencement d'avril il a ressenti de la courbature, des douleurs dans les jambes et les symptômes de l'embarras gastrique. Quelques jours de repos et un purgatif le rétablirent, l'enfant gardait cependant un peu de malaise et n'avait pas sa vivacité accoutumée.

Le 22 du même mois, étant resté quelque temps immobile dans un rez-de-chaussée, il se refroidit; le soir même il éprouva un frisson qui se renouvela deux jours de suite. En même temps il ressentit une douleur dans le côté droit de la poitrine, douleur qui gagna ensuite le côté gauche, remontant jusqu'à l'épaule; il survint de la toux sans expectoration.

Cependant le jeune malade continuait à aller et venir comme auparavant, ne changeant rien à ses habitudes, mangeant avec un certain appétit, aidant sa mère qui est femme de ménage.

Ainsi, le 1er mai, il pouvait monter deux seaux d'eau jusqu'à un quatrième étage.

Le 6, il a pu se rendre à pied jusqu'à la Madeleine et rentrer chez lui, rue La Fayette.

Le 7, il vint consulter M. le docteur Burq, parce que depuis quatre ou cinq jours il avait moins d'appétit, les quintes de toux devenaient plus fréquentes, la fièvre survenait le soir ; mais une fois l'accès passé, l'enfant dormait paisiblement jusqu'au lendemain.

M. Burq constate l'existence d'un épanchement considérable du côté gauche de la poitrine ; il conduit l'enfant chez M. le professeur Trousseau qui, en présence d'un épanchement aussi abondant, regarde la ponction de la poitrine comme urgente, et m'adresse l'enfant. Il est convenu que nous pratiquerons l'opération le jour même, avec M. Burq.

Arrivé rue La Fayette, j'examine l'enfant et je constate une voussure considérable du côté gauche du thorax, les côtes sont soulevées, les espaces intercostaux sont effacés; nous notons l'absence des vibrations thoraciques ; la percussion démontre une matité absolue, s'étendant depuis la base de la poitrine jusqu'à la fosse sus-épineuse en arrière et jusqu'à la clavicule en avant. L'auscultation vient confirmer ce résultat : on n'entend ni expansion vésiculaire, ni bruits anomaux de ce côté de la poitrine. Du côté droit, il y a exagération ; la main appliquée du côté droit de la poitrine, au-dessous et en dehors du mamelon, peut sentir les battements de la pointe du cœur. L'auscultation démontre, en effet, que le cœur est déplacé et qu'il dépasse le sternum à droite.

Je pratique la ponction de la poitrine suivant la méthode de

M. Trousseau, la canule du trocart étant garnie de baudruche, comme l'a conseillé M. Reybard. Je retire deux litres d'un liquide formé par de la sérosité citrine.

A mesure que le liquide s'écoule et que le poumon se déplisse, des efforts de toux surviennent et le liquide change de nature. La sérosité devient sanguinolente, et enfin il sort du sang pur. Je retire la canule et je ferme la petite plaie au moyen de diachylon. A mesure que le liquide sortait de la cavité pleurale, le cœur revenait vers sa position normale, la sonorité et le murmure vésiculaire reparaissaient dans le poumon.

Après l'opération, il y a une tendance à la syncope et quelques quintes de toux qui se renouvellent jusque dans la soirée.

Le lendemain, l'état est satisfaisant ; il y a encore un peu de matité à la partie inférieure du poumon gauche, la respiration y est faible.

Le cœur, qui pendant l'opération avait repris à peu près sa position normale, bat maintenant à sa véritable place.

Traitement.— Alimentation : chiendent additionné de 1 gramme de nitre; séjour au lit, tous les deux jours frictions avec la teinture d'iode sur la poitrine.

Les 10 et 11 mai, état très-bon : l'enfant tousse à peine, il a appétit.

Le 12, M. Burq constate qu'il y a encore un peu d'épanchement, ce qui l'engage à appliquer un vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine. Il porte en même temps la dose de nitrate de potasse à 2 grammes par jour.

Le 14, le bruit respiratoire a reparu dans toute l'étendue du côté gauche, il n'y a aucun bruit anomal; guérison complète.

Dans l'observation qu'on vient de lire, on voit un épanchement considérable (deux litres dans la plèvre d'un enfant de treize ans d'une faible stature) ne pas produire la moindre oppression, puisque l'enfant pouvait, le jour même de la ponction, aller de la rue La Fayette à la rue Caumartin, et revenir sans fatigue ni gêne.

Le seul phénomène qui pût mettre le médecin en éveil était une douleur assez vive qui avait paru dès le début de la maladie, mais qui, d'abord limitée au côté sain, n'avait envahi le côté malade qu'au bout de quelques jours.

La forme de l'épanchement était en quelque sorte latente, non pas au point de vue des signes physiques, qui seuls permettaient de le reconnaître, mais latente au point de vue des symptômes généraux ; pas de fièvre, pas d'oppression, pas de toux; de la douleur, il est vrai, mais une douleur vague allant d'un côté à l'autre, et occupant d'abord le côté sain.

Cette forme avait ce caractère insidieux que l'épanchement avait acquis assez rapidement une abondance considérable.

En présence d'une semblable affection devait-on attendre, devait-on pratiquer la thoracentèse ?

M. Lacaze du Thiers, dans sa remarquable thèse, rapporte treize cas de mort par le fait de la pleurésie simple avec épanchement excessif ; et il donne comme indication de l'opération la quantité de l'épanchement dont le niveau dépasse la ligne médiane, remonte jusqu'à la clavicule, déplace le cœur ; ou qui, sans atteindre des proportions aussi grandes, augmente sans cesse et rapidement, malgré les traitements employés. De plus, l'opération est urgente lorsqu'il y a menace d'asphyxie ou qu'il y a tendance à la syncope.

Etions-nous dans ces conditions ?

Il n'y avait pas de menace d'asphyxie, il n'y avait pas même d'oppression, la pleurésie n'avait été attaquée par aucun moyen ; devait-on attendre le résultat de l'efficacité de ces moyens dont l'action est toujours plus ou moins lente ?

Or, nous trouvions un épanchement considérable (l'opération l'a démontré) occupant tout le côté, remontant jusqu'à la clavicule, refoulant le cœur dont la pointe battait en dehors du mamelon droit. Fallait-il, pour nous décider à opérer, que l'asphyxie commençât, ou bien attendre une syncope ? Or, c'est précisément dans ces cas où le cœur refoulé, gêné dans ses fonctions, éprouve des irrégularités dans ses battements, que surviennnent des syncopes qui, répétées, amènent la mort.

Devions-nous laisser persister un épanchement qui, soit qu'il restât séreux, soit, et à plus forte raison, qu'il devînt purulent, pouvait amener la fièvre hectique, mais qui, en raison de sa durée, permettait au poumon de contracter des adhérences qui l'empêcheraient à jamais de reprendre sa place dans la cavité thoracique et de remplir ses fonctions ?

Le résultat de l'opération, la rapidité de la guérison ont démontré la nécessité et même l'urgence de la thoracentèse.

Un mot sur deux phénomènes qui se sont présentés pendant l'opération.

A mesure que le liquide s'écoule, et lorsqu'il s'en est écoulé déjà une certaine quantité, il se produit des accès de toux très-pénible, quelquefois très-violente, dont les malades sont très-fatigués et à laquelle ils ne peuvent s'opposer. On a donné à ce fait l'explication suivante : Dans un épanchement très-abondant, et c'était notre cas, le poumon du côté malade est ratatiné, affaissé par le liquide. Du moment que l'air y pénètre, il survient une sorte d'irritation, d'excitation qui cause la toux, et, comme celle-ci produit le déplisse-

ment pulmonaire, il en résulte que de nouvelles parties se trouvent incessamment mises en contact avec l'air, d'où la cause de la répétition du phénomène; les malades entrent dans une sorte de cercle vicieux; ce phénomène est d'un pronostic favorable, car il indique que le poumon reprend ses fonctions, et par conséquent qu'il n'est pas retenu par des adhérences.

L'autre phénomène dont je veux parler consiste dans l'écoulement d'un peu de sang mêlé d'abord au liquide de la plèvre, puis du sang pur; quelle qu'en soit la cause, cette hémorrhagie se rencontre fréquemment et devient un signe d'arrêter l'opération et de retirer la canule. Dr Eug. Moynier,

Chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux nouvelles observations de staphylome de la cornée guéri par la méthode de la ligature. — Aux observations que nous avons déjà consignées dans ce journal, et qui semblent témoigner en faveur de la méthode de la ligature, dans le traitement du staphylome de la cornée, nous ajouterons aujourd'hui les deux suivantes :

Obs. I. Jeune fille de quatorze ans, dont l'œil gauche porte un staphylome partiel volumineux de la cornée; entrée à l'hôpital de Saint-Maurice et Saint-Lazare, à Turin, le 5 avril 1859. Non encore réglée, d'un tempérament lymphatique, cette jeune fille désire ardemment être débarrassée d'une infirmité qui, outre la difformité, lui fait éprouver depuis quelques mois des sensations douloureuses, qui augmentent de temps en temps. La tumeur staphylomateuse se présente avec le volume d'un poids chiche, d'une forme conique; elle est arrondie à son sommet, fait une saillie notable entre les paupières, lorsque l'œil est à demi ouvert, mais ne s'oppose pas au rapprochement des paupières, dont la supérieure présente seulement alors une petite saillie qui lui correspond. La tumeur s'est développée particulièrement sur la moitié externe de la cornée, dont elle a respecté le tiers interne, parfaitement transparent, bien que se continuant par un plan incliné avec la tumeur. Au sommet, presque à la partie centrale, se trouve un point obscur qui correspond pourtant à un point resté transparent au milieu de l'opacité, sinon uniforme, au moins générale et d'un blanc perlé, de la tumeur. L'œil est sujet à de fréquentes fluxions accompagnées d'élancements.

Le cas paraissait favorable à l'emploi de la ligature, suivant la méthode de M. Borelli ; la jeune fille semblait dans de très-bonnes dispositions pour subir cette opération ; néanmoins une cure préparatoire, composée d'un régime tenu, de boissons tempérantes et d'un purgatif, fut instituée pendant quelques jours, et, le 13 avril, M. le docteur Pertusio procédait à l'opération, en suivant les indications de M. Borelli, avec cette particularité que, dans le but de respecter toute la partie encore transparente de la cornée, au lieu de traverser avec les épingles la base du staphylome de dehors en dedans, il procéda, au contraire, de dedans en dehors. Les plus grandes précautions furent prises pour éviter de rompre la cornée, en serrant le fil en arrière des épingles, et, pour éviter l'inflammation, un petit sachet de glace fut appliqué sur l'œil.

L'application de la ligature fut immédiatement suivie d'une douleur vive dans l'œil et de rougeur de la conjonctive. La douleur se fit sentir très-intense, pendant six ou sept heures, puis elle diminua peu à peu, pour disparaître dans la soirée du 15. Dans les premières vingt-quatre heures, à peine une légère réaction fébrile, et le sommeil n'en fut troublé que dans la première nuit. Les applications de glace furent continuées deux jours entiers. Au premier pansement, dans l'après-midi du 16, le fil, les épingles et la partie liée se détachaient spontanément et l'on pouvait constater très-peu d'injection de la conjonctive ; puis l'œil fut maintenu fermé pendant quelques jours. Le sixième jour, la jeune fille se promenait dans la salle ; le dixième, dans le jardin, et le dix-septième elle quittait l'hôpital très-contente d'être débarrassée de sa difformité.

La malade a été revue par M. Pertusio, vers le milieu du mois de mars de l'année suivante : il n'est pas survenu de récidive, et le champ transparent de la cornée semble avoir un peu augmenté.

Obs. II. Un cordonnier, âgé de trente-trois ans, d'une forte constitution, né de parents sains, a été affecté, à l'âge de vingt-trois ans, d'une ophthalmie grave de l'œil droit, qui a cédé à un traitement antiphlogistique énergique, sans laisser aucun trouble dans l'œil ni dans la santé générale. Au mois de décembre 1858, affection semblable de l'œil gauche ; mais cette fois le traitement fut moins heureux. Au troisième mois la vue était complétement perdue par le fait de la grave altération de la cornée, consécutive aux ulcérations de cette membrane. Ce fut alors que commença le renflement de la cornée et la production d'un staphylome qui, en moins de trois mois, s'était élevé d'environ un centimètre. Le 9 janvier, il était entré à l'infirmerie pour des douleurs vives dans tout le côté

correspondant de la tête, du larmoiement, des nausées continuelles, de l'insomnie et un état général de souffrance. Le staphylome avait alors la forme d'un cône, dont la base, d'une couleur grise, se confondait avec la circonférence de la cornée, et dont le sommet, très-noir, se maintenait à la hauteur de 15 millimètres, de manière à empêcher les paupières de se rapprocher. Le 16 janvier, M. le docteur Perotti procéda à l'opération ; il se servit de petites épingles d'argent et d'un fil d'une grosseur médiocre. Les épingles furent enfoncées à 3 millimètres environ de la circonférence de la cornée, et de telle manière que leurs pointes étaient tournées vers le front, la saillie extrême et l'étendue du sourcil, de même que le petit volume du globe de l'œil, rendant très-difficile l'introduction dans un sens opposé. Le fil appliqué, le staphylome perdit les deux tiers de son volume par suite de l'issue de quelques gouttes de l'humeur aqueuse, et, lorsque le fil eut été serré, le staphylome n'avait plus que le volume d'une tête d'épingle ordinaire. Comme les épingles avaient été implantées presque au contact du globe oculaire, les paupières furent piquées douloureusement; mais en recourbant leur extrémité, il fut facile d'y remédier en incurvant les épingles de telle manière que leur contact fût limité seulement à l'étendue du staphylome.

A peine le nœud était-il serré que les douleurs, déjà intenses au front, devinrent excessives, et les nausées se changèrent en vomissements terribles; en sorte que les premières vingt-quatre heures se passèrent au milieu de lamentations continuelles et de fréquentes syncopes. Les douleurs et les vomissements cessèrent le deuxième jour, et aucun autre phénomène morbide ne se manifesta, si ce n'est un chémosis léger, qui disparut le sixième jour de l'opération. Les aiguilles se détachèrent le 19, et le fil tomba le 20 janvier, laissant adhérent au centre de la cornée un filament formé de substance staphylomateuse, ayant un demi-centimètre de long et une grosseur correspondant au diamètre du nœud. Ce filament se dessécha rapidement sous l'influence du travail de la suppuration. Le huitième jour, la cicatrice était solide ; le dixième, l'opéré quittait le lit, et le cinquantième l'œil opéré ne différait de l'autre ni par le volume, ni par la conformation. La cornée était normalement convexe, et, quoiqu'elle eût conservé en divers points la couleur grisâtre qui existait à la base du staphylome, pourtant elle offrait, tant dans la partie interne que dans l'externe, une sorte de trait au niveau duquel la cornée était saine et qui aurait permis de faire une pupille artificielle; la vue de cet œil, complétement perdue

depuis le mois de février 1858, se ranima au point de permettre au malade de distinguer le passage de la main devant son œil.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Blennorrhagie. *Nouveaux faits à l'appui de son traitement par les injections de sous-nitrate de bismuth. Cause des insuccès de cette médication.* Nous l'avons répété bien des fois, pour réussir dans les essais des nouvelles médications, il faut souvent prêter une non moins grande attention aux conditions chimiques de l'agent médicamenteux qu'aux circonstances pathologiques dans lesquelles il est mis en jeu. Le sous-nitrate de bismuth en est un exemple frappant. Préconisé par Odier, de Genève, à la fin du siècle dernier, pour combattre la gastralgie, les essais fournirent longtemps des résultats contradictoires. Le plus souvent le nouveau médicament triomphait des accidents morbides, mais quelquefois aussi il les aggravait et provoquait même tous les symptômes de l'empoisonnement. On s'est préoccupé alors de la composition du médicament employé, et l'analyse chimique est venue montrer que dans ces derniers cas lo sel de bismuth contenait de l'arsenic. Depuis qu'éclairés par ces faits les pharmaciens nous livrent le sous-nitrate de bismuth pur, on a pu élever les doses de ce médicament et élargir le cercle de ses applications thérapeutiques. C'est à notre savant collaborateur, M. Monneret, que la pratique doit ce précieux enseignement.

Les essais de l'emploi topique du sous-nitrate de bismuth nous forcent à revenir encore sur ce point de la question et à montrer que, même pour cette application, il ne faut pas négliger les notions de la composition chimique de ce sel. Ainsi, il y a plus de deux années qu'un jeune médecin, M. le docteur Caby, est venu signaler dans ce journal les bons résultats qu'il avait obtenus de l'injection du sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la blennorrhagie. Un mémoire de M. le docteur Mourlon vient nous révéler la cause du silence gardé sur la valeur do ce traitement. Séduit par la simplicité de la nouvelle médication et la rapidité de ses résultats, M. Mourlon a répété les essais de M. Caby; mais il n'a pas tardé à s'apercevoir que ces injections irritaient la muqueuse urétrale. Ce médecin eut l'idée d'essayer la solution, et il constata qu'elle rougissait le papier de tournesol. Afin de prévenir l'acidité des injections, M. Mourlon chargea un pharmacien de laver le sel jusqu'à ce qu'il ne présentât plus aucune réaction acide, et à partir de ce moment un succès constant vint couronner ses tentatives. Aussi notre confrère, qui appartient au corps des médecins militaires, n'a-t-il pas hésité à signaler ses résultats au Conseil de santé des armées, afin d'obtenir que le sous-nitrate de bismuth fût ajouté à la liste des médicaments fournis aux infirmeries régimentaires.

Le mémoire de M. Mourlon a pour base 57 observations d'urétrites, dont 32 sont des exemples de guérison. La durée moyenne du traitement a été de vingt et un jours. A l'exception de 4 malades qui entrèrent à l'infirmerie pour des rechutes, tous avaient des blennorrhagies datant de cinq à huit jours et offrant tous les caractères de l'état aigu. Chez aucun d'eux, l'inflammation ne s'est étendue aux parties profondes de l'urètre, tant elle a été rapidement arrêtée dans sa marche par les injections de sel de bismuth. Un article que nous recevons sur ce même sujet au moment où nous traçons ces lignes, nous dispense d'aborder le côté chimique de la question et d'insister sur la cause des insuccès contre lesquels nous avions tâché de prémunir nos lecteurs. Toutefois, comme notre correspondant, M. Dauvé, a associé le plus souvent l'emploi des balsamiques aux injections, nous avons cru devoir signaler les essais de M. Mourlon. En pareil cas, deux affirmations valent mieux qu'une seule. Nul doute qu'avertis désormais de la cause de leurs insuccès, les expérimentateurs parviendront à faire entrer la nouvelle médication dans la pratique courante.

Contracture *idiopathique des extrémités chez les femmes enceintes.* Deux cas de contracture idiopathique

des extrémités observés chez des femmes enceintes, par M. le docteur Hérard, à l'hôpital Lariboisière, ont fourni à ce médecin l'occasion de faire quelques études nouvelles sur l'étiologie, la marche et la curation de cette affection dont l'histoire a encore bien des points obscurs. Nous avons pensé que l'enseignement offert par le rapprochement de ces deux observations, qui se sont présentées dans des conditions presque identiques, ne devait pas être perdu pour nos lecteurs.

On voit dans ces observations deux femmes, l'une robuste, toujours bien portante et bien menstruée; l'autre lymphatique, d'une complexion plutôt faible que forte, chlorotique, assez mal réglée pendant longtemps et atteinte encore tout récemment de troubles de la menstruation ; n'ayant jamais eu ni l'une ni l'autre aucune affection nerveuse, ne présentant d'une manière appréciable aucune diathèse héréditaire ou acquise, aucune prédisposition autre que celles liées à leur tempérament et à leur situation actuelle. Ces femmes, enceintes toutes deux, sont prises vers le septième mois de la grossesse de convulsions toniques dans une partie des muscles fléchisseurs des extrémités thoraciques et des extrémités abdominales, convulsions revenant par accès plus ou moins fréquents, plus ou moins longs, plus ou moins douloureux, s'accompagnant quelquefois chez la première de trismus et de constriction à la base du thorax, avec dyspnée; chez la seconde, de perte de la connaissance et de la sensibilité et de spasme de la glotte pendant toute la durée des accès, parfois de trismus et d'opisthotonos, et aussi, à la fin, de contractions spasmodiques du diaphragme. Dans les deux cas la maladie s'est montrée rebelle à tous les moyens qu'on lui a opposés; puis la grossesse s'est terminée au terme naturel par l'expulsion d'un enfant mort-né. Après l'accouchement les accès ont été en s'éloignant peu à peu, s'atténuant graduellement, s'usant en quelque sorte, et ont cessé enfin, ne laissant chez une des malades que des traces peu notables qui semblaient devoir bientôt disparaître, tandis que l'autre restait encore en proie à certains accidents nerveux.

Les symptômes prédominants étaient des spasmes musculaires toniques, des contractures siégeant surtout dans les membres et offrant des accès bien distincts; la perte de connaissance notée chez l'une des malades ne durait pas plus longtemps que ces accès, disparaissait et revenait avec eux. Ces contractures existaient à la fois dans les quatre membres et à un égal degré des deux côtés; elles avaient leur maximum d'intensité dans les petites articulations des doigts et des pieds. En outre, il y avait absence complète d'autres symptômes cérébraux, de désordres fonctionnels spéciaux, tels que troubles de l'intelligence, convulsions cloniques, strabisme, dilatation des pupilles, etc.; le pouls était parfaitement régulier, les fonctions de la vie végétative en bon état. Tout excluait, en un mot, l'idée d'éclampsie ou de toute autre affection des centres nerveux. C'était donc bien là cette névrose particulière à laquelle on a donné le nom de *contracture idiopathique des extrémités* ou *tétanie*.

La recherche des conditions étiologiques qui ont pu déterminer la tétanie dans ces deux cas est restée tout à fait stérile. On a vu combien ces deux femmes différaient l'une de l'autre par leur constitution et leurs dispositions, ainsi que par leurs antécédents pathologiques. Deux circonstances seulement, communes à ces deux femmes, peuvent être rattachées, l'une comme prédisposition, l'autre peut-être cumme cause déterminante, à la production de la maladie : ce sont l'état de grossesse et l'action du froid. Le froid a été en effet presque toujours une des causes du développement de ces sortes d'accidents, dans les cas de tétanie dont l'histoire est consignée dans les annales de la science. Quant à l'état de grossesse, si l'on n'avait pas constaté jusqu'à présent sa relation avec les contractures des extrémités, ces deux faits nous semblent suffire pour la faire admettre, l'affection s'étant développée pendant la gestation, ayant résisté pendant tout le temps de sa durée à tous les moyens de traitement, pour s'éteindre ensuite graduellement et cesser spontanément après la délivrance. Cette dernière circonstance explique assez pourquoi nous n'insistons pas davantage ici sur les moyens de traitement de ces accidents. (*Union médicale*, août 1860.)

Ephélides *ou taches de la peau. Traitement par le badigeonnage avec la teinture d'iode et par le deutochlorure de mercure.* Nous avons déjà signalé plusieurs fois à l'attention de nos lecteurs l'emploi de la teinture d'iode en badigeonnage sur la peau

comme moyen de combattre les éphélides, à l'occasion de diverses communications faites sur ce sujet dans les journaux de médecine par MM. Boinet et Gouriet (de Niort). On se rappellera même peut-être que ce dernier praticien a pu employer en pareil cas jusqu'à 40 grammes de teinture d'iode dans une seule séance, sans accident ni inconvénient aucun. M. le docteur Caffe, imitant ces deux praticiens, a eu l'occasion de constater que la teinture d'iode n'agit pas seulement sur le réseau de Malpighi, mais encore contre l'engorgement des glandes, contre les douleurs rhumatismales, médication qui a été préconisée notamment par M. Boinet. « Je traite actuellement, dit-il, une dame anglaise dont les poumons sont le siége de tubercules, avec fréquentes exacerbations bronchiques, et il y a déjà plusieurs années que je parviens à arrêter la marche des accidents, en ajoutant à d'autres moyens rationnels l'application topique de la teinture d'iode sous les régions claviculaires. Elle est suivie d'une démangeaison de la peau et de la cessation de la toux et des douleurs. » Mais revenons au traitement des éphélides.

Avant tout traitement contre les éphélides, dit l'auteur auquel nous empruntons ces considérations, il faut en assurer le diagnostic et distinguer sans erreur celles qui sont de cause interne, liées ordinairement à une affection hépatique, et qui exigent le traitement de la maladie viscérale ou du foie; tandis que les éphélides par cause externe (*pityriasis versicolor*) ne sont accompagnées d'aucun dérangement dans la santé générale; elles causent une démangeaison seulement, et altèrent la couleur de la peau; c'est une maladie toute locale, due au microsporon, espèce de sporules parasites qui s'effacent et guérissent sous l'influence d'un topique parasiticide quelconque, tel que l'onguent citrin, la pommade à l'oxychlorure ammoniacal de mercure. M. Caffe dit se trouver très-bien du conseil qu'il donne souvent de frictionner ou même seulement de lotionner la peau avec la solution suivante :

Pr. Deutochloruro d'hydrargyre (sublimé corrosif)........	1 gramme.
Alcool à 25 degrés.	4 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise......	25 grammes.
Eau distillée......	500 grammes.

(*Journ. des Connaiss. médic.*, juillet.)

Goutte. *Nouveau spécifique : les sels de lithine.* Selon M. Garrod, professeur de matière médicale au collége des chirurgiens de Londres, les sels de lithine doivent être considérés comme un spécifique de la goutte ; c'est habituellement au carbonate que ce thérapeutiste accorde la préférence. Lorsqu'il y a indication de donner des proportions relativement considérables de substances alcalines, le carbonate de lithine est avantageusement associé au carbonate ou au nitrate de potasse, ou bien encore au phosphate d'ammoniaque, et administré dans une eau gazeuse (*soda-water*). Comme médication antigoutteuse, on administre 20 centigrammes de lithine deux ou trois fois par jour.

La lithine, on le sait, est un oxyde alcalin découvert en 1818 par Arfwidson, dans quelques minéraux de la Suède. Il est blanc, très-caustique, sans odeur; il verdit fortement le sirop de violettes. Exposé à l'air, il attire l'eau et l'acide carbonique. (*Répertoire de pharmacie*, août.)

Hernies étranglées. *Lavement du docteur Newbold ; infusion de café.* Le docteur Newbold recommande contre les hernies étranglées une méthode qui consiste à faire prendre toutes les deux heures un lavement ainsi formulé :

Pr. Sous-acétate de plomb.	40 centigr.
Eau distillée tiède.....	300 gramm.
Acide acétique étendu de 4/5 d'eau........	8 gramm.

M. Newbold assure qu'il a donné jusqu'à quatre et cinq lavements, et toujours avec de tels avantages, qu'il ne met pas en doute la possibilité d'éviter par ce traitement la kélotomie dans l'immense majorité des cas. M. le docteur Saunders, chirurgien de l'amirauté à Seagate (Écosse), a eu recours, dans trois cas de hernie étranglée, à cette méthode de traitement, qui lui a donné des résultats dont il se loue beaucoup. Voici la relation abrégée de ces trois cas :

1° Un homme de soixante ans était atteint depuis vingt-quatre heures d'un étranglement herniaire des mieux caractérisés. Un médecin avait essayé, sans succès, de réduire. Le mal devenait de plus en plus grave. M. Saunders essaya le traitement du docteur Newbold ; mais comme le taxis pratiqué précédemment avait produit d'atroces douleurs, il fit administrer les lavements de vingt en vingt minutes, pour obtenir un effet plus prompt.

Or, trois ou quatre minutes après le troisième lavement, le rectum se vidait avec force, et il suffit d'une très-douce pression sur la tumeur pour qu'elle rentrât tout à fait.

2° Un homme, atteint de hernie inguinale étranglée, fut amené dans un état pitoyable. Même traitement que ci-dessus, même succès.

3° Un malade âgé de cinquante ans portait un étranglement de même nature depuis cinq heures. Selon son habitude, cet homme avait essayé lui-même de réduire la tumeur, et ce n'est qu'au bout d'efforts infructueux qu'il avait appelé les secours de l'art. Un seul lavement mit fin à ses douleurs, en provoquant brusquement la rétrocession de l'intestin hernié.

Le rédacteur du journal auquel nous empruntons la relation de ces faits ajoute à cette occasion la communication du fait suivant, rapporté par M. Werbist, médecin de régiment en Belgique : ayant été appelé auprès d'une femme d'Ostende, affectée de hernie crurale étranglée, il eut pendant trente-six heures recours à tous les moyens usités en pareilles circonstances, sans pouvoir arrêter les accidents. De guerre lasse, et vu la gravité de la situation, il allait procéder au débridement, lorsque l'idée lui vint d'essayer l'infusion forte de café, pendant qu'on faisait les préparatifs de l'opération. Il fit verser sur la valeur de trois jattes pleines de café moulu autant d'eau bouillante pour obtenir une infusion par déplacement. Il la fit prendre aussi chaude que possible, en trois doses, de dix en dix minutes. A la troisième dose, des gargouillements du ventre se firent entendre et furent suivis d'une selle copieuse. La hernie était rentrée, et, à l'heure convenue pour pratiquer l'opération, on put annoncer à la famille et à la malade que tout danger était passé. (*Journ. de méd. pratique*, juillet 1860.)

Œil *devenu impropre à la vision, par suite d'une altération grave; irritation sympathique de l'autre œil; extirpation de l'œil malade; guérison.* Les praticiens anglais paraissent avoir généralement adopté depuis quelques années une pratique qui consiste à exciser un œil dont les fonctions sont abolies, lorsqu'il est le siége de douleurs, dans le but de combattre une affection symphatique de l'organe congénère. Sans nous prononcer sur le mérite absolu de cette pratique, nous citerons le fait suivant comme un exemple du résultat heureux qu'elle a eue.

W. S***, âgé de cinquante-deux ans, ouvrier chargé de la surveillance dans un atelier de mécanique, entra dans le service de M. Dixon, à l'Hôpital royal ophthalmique de Londres, en juin 1858. C'était un homme robuste et qui jouissait habituellement d'une bonne santé. Environ cinq ans auparavant, il avait reçu dans l'œil droit un petit fragment d'acier qui s'était détaché d'un ciseau. Après cet accident, il fut trois semaines sans voir de cet œil ; il recouvra ensuite la vue, mais d'une manière incomplète. Il était fatigué par des sensations d'éclairs, de boules noires flottant devant l'œil, et qui, d'abord larges, devinrent avec le temps plus petites et plus nombreuses. Ces symptômes n'étaient pas continuels, et, dans les intervalles où il en était exempt, il pouvait voir passablement. Sept mois avant son admission, il ressentit tout d'un coup pendant la nuit des douleurs vives dans l'œil malade, et, le matin venu, il reconnut qu'il avait perdu la vue de ce côté et jusqu'à la faculté de distinguer le jour de la nuit. A l'extérieur le globe oculaire paraissait normal. Environ cinq mois après, il reçut un coup sur la joue droite, et à la suite il survint de la douleur et de l'inflammation dans l'œil correspondant, symptômes qui continuèrent jusqu'à l'époque de l'entrée à l'hôpital. Voici quel était alors son état : œil gauche, douleurs, larmoiement, faiblesse; la vision s'exerce difficilement ; œil droit, fonction abolie, nulle perception de la lumière, tension augmentée, vaisseaux de la conjonctive et de la sclérotique gorgés de sang; transparence de la cornée conservée; chambre antérieure de dimension moyenne; humeur aqueuse jaunâtre, pupille irrégulière, large, immobile; surface de l'iris d'un gris jaunâtre sale, parsemée de taches sanguines.

M. Dixon pratiqua l'extirpation de cet œil le 14 août 1858. Après l'opération, la cicatrisation se fit rapidement. Tout phénomène morbide disparut dans l'œil gauche, qui récupéra ses fonctions dans toute leur intégrité, et le malade, muni d'un œil artificiel, sortit de l'hôpital et put reprendre ses occupations. On a eu occasion de le revoir dix-huit mois après : il a toujours parfaitement vu de l'œil gauche et n'y a plus éprouvé la moindre douleur, ni même le moindre malaise. (*Medic. Times* et *Union méd.*, août 1860.)

Œil *gauche atteint de blessure grave ; perte sympathique de l'œil droit.* Il sera intéressant de rapprocher du fait que nous venons de citer l'observation suivante, rapportée par M. Dubois, de Bordeaux. Un homme de quarante-sept ans reçoit un violent coup de corne de vache sur l'œil gauche; la force du coup, qui a déchiré l'iris en tous sens, sans cependant léser la cornée, amène une très-vive inflammation des membranes internes avec hyphæma. Dix-huit sangsues sont de suite appliquées au devant de l'oreille; en même temps, le malade est soumis à une médication énergique (mercuriaux, drastiques, vésicatoires). L'hyphæma se résorbe peu à peu, les douleurs orbitaires disparaissent, les humeurs de l'œil deviennent de plus en plus transparentes, et, quinze jours après l'accident, le malade peut voir assez de cet œil pour se conduire facilement, non plus à travers la pupille normale qui a été détruite par la commotion, mais bien par les déchirures de l'iris, devenues de véritables pupilles artificielles. Malheureusement l'œil droit, jusqu'alors très-bon, est affecté sympathiquement, et, quoi qu'on puisse faire, il est frappé de cataracte amaurotique, trois semaines après l'accident. (*Journ. des Connaiss. médic.*, août 1860.)

Paralysie *du bras droit et atrophie du deltoïde traitées par l'hydrothérapie.* Un jeune homme, en sortant du bal, fut pris de froid, et, le lendemain à son réveil, il se sentit tout le corps endolori, particulièrement dans la région lombaire et dans les articulations. Son médecin, reconnaissant une affection rhumatismale, lui prescrivit du sulfate de quinine et des vésicatoires volants. Dès les premiers jours, l'amélioration fut sensible, et un peu plus tard toutes les parties devinrent libres, sauf le bras droit qui restait frappé d'impotence. Peu de fièvre, appétit, marche facile; seul, en un mot, le bras résistait aux progrès visibles de la guérison; il paraissait même un peu amaigri. On eut recours aux frictions stimulantes, mais en vain. M. Jobert (de Lamballe) consulté, ayant reconnu une paralysie du bras avec atrophie du muscle deltoïde, conseilla l'hydrothérapie. Le malade fut envoyé à l'établissement hydrothérapique de M. le docteur Duval. Voici quel était alors son état : le bras droit présentait une diminution notable de volume ; l'épaule notamment, au lieu de son relief ordinaire, offrait une dépression évidente. Les mouvements de supination et de rotation sont impossibles, ceux de la main et des doigts s'exercent librement; la sensibilité cutanée est intacte. Seulement le malade accuse une sensation de froid qui s'irradie du coude à la partie supérieure. L'affection rhumatismale générale ayant disparu, le traitement hydrothérapique général était superflu; il parut suffisant d'opposer à un mal localisé des applications purement topiques. En conséquence, M. Duval procéda suivant cette indication.

Le 19 avril, une douche en jet de quatre minutes de durée, avec de l'eau à la température de 10 degrés centigrades, fut dirigée sur la partie antérieure et postérieure de l'épaule, sur le bras, surtout vers le point correspondant au muscle deltoïde. Cette prescription fut réitérée quotidiennement. Jusqu'au 25, l'effet fut peu marqué; mais à partir du 26, il s'opéra peu à peu un changement favorable. La sensation de froid, qui incommodait considérablement le malade, finit par s'effacer presque complétement.

Le 4 mai, le malade pouvait exécuter, quoique avec gêne, quelques mouvements de supination. Le 7, la main était portée sur la tête. Le 15, la guérison était complète, et le malade quittait l'établissement le 20. La guérison s'est maintenue. (*Hydrothérapie* et *Gazette des hôp.*, août 1860.)

Polypes naso-pharyngiens (*Nouveau perfectionnement apporté à l'opération des*). On connaît tous les perfectionnements qui ont été apportés dans ces derniers temps à l'opération primitive de MM. Flaubert, de Rouen, pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens. M. Maisonneuve, qui a grandement contribué pour sa part à ces perfectionnements, est arrivé : 1° à conserver intact le voile du palais, ce qui, sans nuire au résultat principal, laisse le malade dans des conditions incomparablement meilleures; 2° à rendre la section des os plus rapide et plus simple, en employant simultanément plusieurs scies à chaîne ; 3° à amoindrir la difformité, en dirigeant l'incision extérieure dans les sillons naturels du visage. Mais tous ces perfectionnements laissaient encore beaucoup à désirer, lorsque, dans une opération récente, le chirurgien de la Pitié est arrivé à résoudre définitivement la ques-

tion : 1° en supprimant presque entièrement la division des parties molles extérieures; 2° en réduisant à deux temps aussi simples que rapides la résection des parties osseuses. Ainsi modifiée, la résection de l'os maxillaire paraît avoir atteint les dernières limites de la promptitude et de la simplicité d'exécution, tout en conservant sa supériorité sur les autres méthodes dans l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.

Voici en quoi consiste cette opération :

Premier temps. — Si le malade a la bouche grande, toute incision extérieure est parfaitement inutile. Dans le cas contraire, il suffit de fendre la lèvre d'un seul trait, depuis la narine du côté malade jusqu'à son bord libre. Portant ensuite la pointe du bistouri au fond du sillon maxillo-buccal, on isole rapidement la face externe et antérieure de l'os, en ramenant l'instrument d'arrière en avant, puis on termine en divisant la muqueuse sur la ligne médiane et palatine d'arrière en avant et transversalement au niveau du bord adhérent du voile du palais.

Deuxième temps. — Ceci étant fait, on porte les deux mors d'une forte pince incisive, l'une dans la narine, l'autre dans la bouche, pour diviser la voûte osseuse du palais; puis, avec la même pince, dont un des mors reste dans la narine et l'autre embrasse la face externe du maxillaire, on divise horizontalement cet os, au-dessous de l'os malaire. Une simple pesée suffit alors pour dégager la portion osseuse qui comprend l'apophyse palatine, l'arcade dentaire et la presque totalité de l'apophyse ptérygoïde.

A travers l'hiatus qui résulte de cette résection, le polype naso-pharyngien devient facilement accessible, quel que soit son volume. Le doigt peut alors reconnaître son implantation, ramener dans la bouche les embranchements temporaux et zygomatiques et diriger l'application des érignes, des pinces, des ligatures destinées à terminer l'opération.

La conservation de l'apophyse montante, ainsi que celle du plancher de l'orbite, n'entravent en rien la manœuvre opératoire, tout en laissant le malade dans des conditions meilleures pour la prompte guérison.

M. Maisonneuve rapporte à l'appui de l'efficacité de ce procédé une observation de polype fibreux naso-pharyngien avec prolongements multiples dans le nez, le pharynx et la fosse zygomatique, qu'il a guéri par la résection de l'os maxillaire supérieur, d'après le procédé que nous venons de décrire. Les détails de cette observation sont trop longs pour qu'il soit possible de les reproduire ici. Nous nous bornons à dire que le résultat en a été extrêmement satisfaisant. (*Gaz. des hôpit.*, août 1860.)

Prostatorrhée (*De la*) *et de son traitement.* La prostatorrhée n'a pas reçu jusqu'ici de la part des médecins toute l'attention que lui méritent sa fréquence et sa gravité. Pendant longtemps on en a méconnu la nature, la confondant, soit avec la spermatorrhée, soit avec la blennorrhée, ou encore avec le catarrhe chronique de la vessie. M. le docteur Gross, professeur au collége médical de Jefferson, (Philadelphie), vient d'en faire le sujet d'une description dont il nous a paru utile de présenter ici un résumé succinct.

Cette affection, dit M. Gross, se manifeste principalement à partir de l'âge de vingt ans, et on l'observe parfois chez des sujets très-âgés. Elle est fréquente surtout chez les individus d'un tempérament nervoso-sanguin, qui ont les appétits sexuels très-prononcés, et en général chez ceux qui font des excès vénériens. L'abus des alcooliques, un régime excitant, l'équitation prolongée y prédisposent puissamment. Mais de toutes les causes déterminantes, la plus active et la plus fréquente est la masturbation. Elle est assez souvent déterminée aussi par la cystite chronique du col, les rétrécissements et diverses autres affections de l'urètre ou du rectum (hémorrhoïdes, prolapsus, fissures, fistules, présence d'oxyures, etc.). Les symptômes de la prostatorrhée sont la plupart de ceux que l'on a attribués faussement à la spermatorrhée : écoulement d'un liquide muqueux, limpide et transparent, plus ou moins filant, se faisant surtout abondamment pendant les efforts de défécation, s'accompagnant souvent d'une sensation particulière de chatouillement que le malade rapporte à la prostate et qui s'irradie de là à toute la longueur de l'urètre et même au fond, et d'un sentiment de pesanteur ou de fatigue dans la région rectale, vers l'anus ou au périnée, besoins fréquents d'uriner, sensation pénible au moment de la miction, érections morbides, rêves lascifs, etc. Mais c'est

surtout par son retentissement sur les fonctions psychiques, que cette affection est remarquable · mélancolie, hypocondrie, etc., etc. Enfin, dans les formes les plus graves, une dyspepsie rebelle s'ajoute à cet état. On distingue la prostatorrhée de la spermatorrhée avec laquelle il est commun de la confondre, ainsi que nous venons de le dire, par l'examen microscopique, qui, dans le premier cas, ne révèle jamais la présence des spermatozoïdes.

Dans le traitement de la spermatorrhée, il faut avant tout s'attacher à reconnaître et à combattre les causes qui lui ont donné naissance et qui l'entretiennent. Cette indication remplie, on devra le plus souvent instituer à la fois un traitement général et un traitement local. Chez beaucoup de malades, la débilité générale, l'état languissant des fonctions digestives réclament un régime tonique et reconstituant, l'emploi des ferrugineux et des préparations de quinquina, un exercice modéré à l'air libre. M. Gross recommande spécialement dans ces cas un mélange de 20 gouttes de teinture de perchlurure de fer avec 10 gouttes de teinture de noix vomique, quatre fois par jour. Dans des conditions opposées, chez les sujets pléthoriques, il emploie de préférence de petites doses de tartre stibié administrées de manière à éviter les nausées et les vomissements. Dans tous les cas, il faut entretenir la liberté du ventre, en évitant bien entendu les purgatifs drastiques, et proscrire les mets fortement épicés. L'exercice modéré des fonctions sexuelles doit être recommandé; on prescrira, en outre, des injections urétrales avec des solutions faibles de nitrate d'argent ou de laudanum; l'injection que M. Gross emploie de préférence est composée de 4 à 8 grammes d'extrait de Goulard et de laudanum pour 300 grammes d'eau; ce mélange doit être injecté avec force et à l'aide d'une seringue volumineuse, trois fois par jour, et il faut retenir le liquide injecté dans l'urètre pendant trois ou quatre minutes. Dans les cas rebelles, il faut recourir à la cautérisation de la portion prostatique de l'urètre, ou même de toute la longueur du canal; on fait ces cautérisations une fois par semaine. M. Gross recommande, en outre, les bains de siége froids administrés deux fois dans les vingt-quatre heures, et les applications de sangsues au périnée et autour de l'anus, dans les cas où les autres moyens ne procurent pas d'amélioration. Enfin, dans les cas les plus rebelles, où les désordres psychiques sont considérables, il ne reste plus d'autre ressource que les voyages qui arrachent le malade à la sphère habituelle de ses préoccupations. (*The North-Americ. med. chir. Rev.* et *Gazette hebd.*, 1860.)

VARIÉTÉS.

Observations sur le prix élevé des médicaments en 1385.

Par Ch. Ménière.

Pour avoir quelques notions exactes sur la valeur de certaines préparations magistrales en 1385, il faut consulter les mémoires, les notes de la dépense particulière de la duchesse de Bourgogne, Marguerite de Flandre, publiés par le savant antiquaire M. Mariel Gassat de Chizy, dans les *Mémoires de l'Académie de Dijon* (1858).

Nous pourrions tracer un tableau fidèle de la condition du pharmacien, en faisant connaître le rôle qu'il remplissait près des dames de l'entourage de Marguerite, quels services on demandait de lui; mais, avant tout, les élixirs qui empêchaient les rides de croître, le julep galant, etc., tenaient le premier rang. Nous ne sortirons donc pas de notre sujet, car nous ne voulons que divulguer le prix élevé de quelques préparations médicinales dont Marguerite et sa cour firent usage.

L'apothicaire, simple et modeste dans ses goûts, a longtemps été confondu avec les autres officiers de la maison; il était chargé de préparer les épices, non-seulement près de Marguerite, mais encore près de tout personnage im-

portant qui tenait à suivre la mode : car, plus il y avait d'épices sur la table, plus l'homme était considéré. Mais, à cet arrangement journalier, il fallait une symétrie, un art particulier, un bon goût, enfin une science particulière, et l'on s'adressait naturellement au pharmacien, qui vendait toute drogue étrangère, toute épice, comme on l'appelait à l'époque. Bon juge en pareille matière, il était aussi chargé de préparer l'hypocras, ce bon vieux vin dans lequel on faisait infuser les épices, qu'on servait à Madame légèrement chaud et toujours nouvellement préparé.

Tout homme de robe, obéissant à la mode, voulait boire l'hypocras pour rétablir sa santé, et ce ne fut que plus tard que cette préparation, tant recherchée des gourmets, resta dans le domaine de la pharmacie, pour occuper la véritable place qui lui convenait.

L'or, ce noble métal, était en grande vénération comme médicament. Aussi l'alchimiste, qui faisait de l'or une panacée universelle, ne le délivrait qu'en échange de bons deniers bien sonnants. Le roi des métaux avait encore une propriété bien recherchée : l'avantage de prolonger la vie. Il ne faut donc pas s'étonner si la duchesse de Bourgogne, qui aimait tout ce qui rendait la vie agréable, cherchait à prolonger son existence au milieu des fêtes de la cour. Elle regrettait de vieillir : un peu d'or sur une pilule était de bon goût. Aussi son pharmacien lui dorait-il non-seulement la pilule, mais les épithèmes, les pastilles même, jusqu'aux médicaments externes.

Ce que nous ferions aujourd'hui pour satisfaire un caprice de malade se faisait, au quatorzième siècle, pour augmenter la vertu de tout médicament. Ainsi les clystères mêmes tenaient en suspension des feuilles d'or ou d'argent.

Un médecin, un *surgien*, comme on l'appelait, un apothicaire et un barbier, résumaient à eux seuls toute la science médicale, sentinelles vigilantes d'un haut personnage ! Nos princes, en Anjou, n'ont eu, à notre connaissance, un pareil entourage qu'en 1585; mais leur existence ne fut ni plus ni moins longue.

L'apothicaire surveillait et administrait tout ce qui regardait sa profession ; le barbier, placé à ses côtés dans la hiérarchie médicale, le bras gauche du chirurgien, ne tirait que le sang des malades et tondait les barbes. En voyage, le pharmacien avait recours aux confrères des localités où les ducs et les comtes séjournaient, achetant tout ce qu'il fallait pour préparer les onguents et les élixirs, dont les prix me semblent taxés selon l'individu qui doit en faire usage. S'il en était autrement, Marguerite de Flandre n'aurait pas fait figurer les dépenses de sa pharmacie avec les dépenses journalières de sa maison.

Pour apprécier le prix suivant des médicaments, il faut se rappeler que la valeur du numéraire, à cette époque, était dans le rapport de 1 à 55, c'est-à-dire que 1 livre tournois vaudrait aujourd'hui 55 francs. Si ces prix nous paraissent exagérés, il ne faut pas oublier qu'ils étaient destinés à des personnes riches et occupant en tout lieu le premier rang dans la société.

Un clystère ordinaire valait..................	10 sous, ou 33 fr. 75 c.
Un lavement.............................	4
Un sirop magistral........................	8
Médecine laxative.........................	6
Une pinte d'eau magistrale..................	8
Six livres de casse........................	16
Un lavement doré..........................	21 sous, ou 70 fr. 25 c.

Un emplâtre magistral.......................	20 sous, ou 67 fr. 50 c.
Une demi-livre d'onguent magistral..........	7
Un épithème et ses eaux.....................	8
Un écusson magistral........................	8
Un litre d'eau de Salomon..................	20
Electuaire cordial par losanges dorés, pour Mme de La Trémouille....................	26

Comme médicament, l'or et l'argent ont été, dans tous les temps empiriques, employés par les personnes de distinction, même en 1770. Le remède de la générale Lamotte, dont parle Lémery, n'était que de l'alcool distillé sur un précipité d'or, que la générale vendait 24 livres la bouteille, et qui, bien entendu, ne contenait pas plus d'or que la thériaque du pauvre, mais qui, disait-on, avait l'avantage de prolonger l'existence. Nous regrettons que la recette en soit perdue.

Par décret du 11 septembre, viennent d'être promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : — *Commandeur* : M. Marcelin Duval, directeur du service de santé de la marine, à Toulon. — *Officier* : M. Artaud, second chirurgien en chef. — *Chevaliers* : MM. Guillebert et Coquerel, chirurgiens de première classe.

Par décret du 31 août, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur : — *Officier* : M. Heysch, médecin-major de première classe. — *Chevaliers* : MM. Mouillé, médecin-major de la première classe, et Odigier, pharmacien-major de première classe.

Par décret du 8 septembre, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Gronnier, médecin-major de première classe au 15e régiment d'artillerie; Delaunay, médecin-major de deuxième classe au 5e bataillon de chasseurs à pied ; Bintôt, médecin aide-major de première classe à l'hôpital militaire de Besançon.

M. le docteur Lachenal, ex-gouverneur de la province d'Annecy (Haute-Savoie), a été nommé commandeur de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

Sont nommés chevaliers du même ordre : MM. les docteurs Folliet, maire de la ville d'Evian ; Dénarié, médecin à Chambéry ; Giraud, maire de la ville de Rumilly (Haute-Savoie) ; Carret, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Chambéry, président de la Société de médecine de la même ville ; Soujeon, ancien médecin principal de l'armée française, ancien médecin désigné de la maison de la Légion d'honneur de Saint-Denis, médecin de l'Hôtel-Dieu de Chambéry, etc.

M. le docteur Mottard, ancien syndic de la ville de Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie), a été nommé chevalier de l'ordre royal civil et militaire des saints Maurice et Lazare, par *motu proprio* du roi Victor-Emmanuel.

M. Le Helloco, ancien médecin ordinaire de feu S. A. I. le prince Jérôme, a été promu officier de la Légion d'honneur.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la cure du raisin.

Par M. le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Il faut bien le reconnaître : l'idée de se servir du raisin comme traitement seul et unique de certaines maladies a quelque chose d'étrange et que l'esprit n'accepte pas sans difficulté. Hé quoi! ce fruit excellent, l'honneur de nos tables, la source de tant de jouissances pour l'homme, auquel il fournit des produits si nombreux et si variés, transformé en un médicament ni plus ni moins que le suc d'herbes et le petit-lait! Voilà qui choque trop les idées reçues pour ne pas soulever quelques préventions, et je dois ajouter que les efforts que les partisans de la cure du raisin ont faits pour rationaliser ce traitement ne sont guère de nature à dissiper ces préventions. Comprend-on en effet une idée plus malheureuse que celle de comparer le raisin et le petit-lait, et de mettre l'un et l'autre de ces agents sur le même plan que les eaux minérales? Et tout cela, parce que le raisin et le petit-lait contiennent l'un et l'autre une assez grande quantité de sucre et de sels, tout cela parce que le raisin et le petit-lait contiennent plus de sels que beaucoup d'eaux minérales! Mais en vérité, comment Lersch et notre savant confrère M. Carrière, qui n'a pas craint de prendre pour épigraphe cette comparaison de Lersch, dans l'intéressante monographie qu'il a consacrée à la cure du raisin [1], ont-ils pu ainsi faire abstraction des différences qui séparent si profondément le petit-lait et le raisin, non-seulement comme composition chimique, mais aussi au point de vue des effets physiologiques? Depuis quand le sucre de lait et le sucre de raisin sont-ils des corps identiques? Depuis quand le sérum du petit-lait ressemble-t-il au suc à la fois acide et sucré du raisin? Depuis quand les sels de raisin sont-ils ceux du petit-lait? Depuis quand surtout les effets produits chez l'homme sain par le petit-lait ressemblent-ils à ceux qu'entraîne l'emploi du raisin sur une grande échelle? Pour le petit-lait, après des effets légèrement purgatifs ou de courte durée, après une diurèse qui se prolonge davantage, les humeurs de l'économie et le sang éprouvent une altération qui touche de bien près à l'appauvrissement, car le petit-lait, s'il est un aliment,

[1] *Les cures du petit-lait et du raisin en Allemagne et en Suisse, dans le traitement des maladies chroniques.* Paris, 1860.

est un aliment médiocre et bien peu capable à lui seul de soutenir l'organisme. Le raisin, au contraire, peut sans aucun inconvénient faire la base presque exclusive de l'alimentation ; non-seulement il soutient très-bien les forces, et il peut même amener de l'embonpoint ; mais, les partisans de la cure du raisin le reconnaissent, il possède des propriétés légèrement stimulantes, et je n'en veux pour preuve que ce cortége de phénomènes qu'ils attribuent à son emploi prolongé : les palpitations de cœur, les hémorrhagies nasales plus ou moins abondantes, et même des hémoptysies s'annonçant par des accès de toux, l'aggravation de cette même toux lorsqu'elle existe au moment où l'on commence la cure du raisin, etc., etc.

Mais c'est assez insister sur un point aussi secondaire; il importe peu en effet que le raisin ressemble au petit-lait et que tous deux se rapprochent des eaux minérales. Ce qu'il convient de déterminer, c'est la valeur réelle de ce traitement particulier, ce sont les applications dont il est susceptible.

Les anciens sont sans doute les premiers qui aient eu l'idée de se servir comme moyen thérapeutique du raisin et des divers produits qu'il fournit. Toujours est-il, cependant, qu'on serait bien embarrassé pour faire remonter au delà d'une vingtaine ou d'une trentaine d'années l'application en grand du raisin au traitement d'un certain nombre de maladies; toujours est-il également que l'idée de la cure du raisin est née dans les mêmes pays que celle de la cure du petit-lait, en Suisse et en Allemagne, où les deux traitements jouissent d'une grande estime et marchent souvent parallèlement. C'est donc dans ces deux pays que nous devons aller chercher des renseignements sur ce traitement et des exemples à imiter, s'il y a lieu.

La cure du raisin, telle qu'elle est comprise en Suisse et en Allemagne, consiste à faire du raisin la base de l'alimentation pendant un intervalle de temps de deux à cinq ou six semaines. La cure peut être elle-même ou forte ou douce. Dans la cure forte, voici comment les choses se passent : le malade se lève de très-bon matin et, après avoir avalé un grand verre d'eau fraîche, il se rend, si la chose lui est possible, dans l'enclos, où il mange sur le pied et encore humides de la rosée matinale, une livre ou deux de raisins, sans pain, s'il peut les supporter; avec un petit pain blanc de 15 à 60 grammes, si son estomac se montre difficile pour cette nourriture. A la suite de ce repas, le malade, suivant les circonstances, est soumis à des frictions générales, ou bien encore il prend un bain, ou bien enfin il se livre à des exercices gymnastiques, ou

seulement il fait une promenade à pied. A onze heures du matin, nouveau repas, composé de trois à quatre livres de raisin. Nouvelle promenade, et à deux heures un repas frugal, composé principalement de végétaux, et du raisin au dessert. Dans l'après-midi, nouveau repas au raisin, de deux à quatre livres. Enfin, au moment de se coucher, de une à trois livres de raisin avec quelques aliments très-peu substantiels. Le traitement doux ne diffère du précédent que par la quantité moindre de raisin dont le malade fait usage et que l'on réduit, suivant les cas, à la moitié, au tiers ou au quart; on permet de plus un peu de viande, pas trop grasse, au repas du milieu du jour, et une tasse de café ou de chocolat le matin. Dans les deux cas, on insiste beaucoup sur le régime : interdiction complète du lait et des aliments lactés, de toutes les viandes grasses, des œufs, des légumes et de tout autre fruit que le raisin; emploi régulier de la journée, modération dans le boire et le manger, pas d'excès d'aucune espèce; bains fréquents. La cure terminée, les malades doivent continuer le même genre de vie pendant plusieurs semaines, huit ou dix, ce qui constitue ce que les Allemands appellent *l'arrière-cure* ou *Nach-Cur*.

Est-il besoin de dire que le raisin que l'on emploie pour la cure doit être arrivé à une maturité parfaite ; car le raisin mûr seul contient une grande proportion de sucre, très-faible au contraire dans le raisin non encore arrivé à maturité? Quant à l'espèce de raisin choisie pour la cure, elle varie suivant les pays; c'est le chasselas dans la plus grande partie de l'Allemagne et de la Suisse ; c'est le muscat dans les pays plus méridionaux. L'époque de l'année la plus favorable pour ce traitement est l'arrière-saison, le milieu ou la fin d'octobre, non-seulement parce qu'à ce moment le raisin est parfaitement mûr dans les années favorables, mais aussi parce qu'à cette époque l'air est plus frais et plus pur, parce que les malades sont moins exposés à l'ardeur du soleil lorsqu'ils se rendent dans le vignoble, et enfin parce que la température permet en général de longues promenades et des exercices gymnastiques. Ajoutons que les endroits choisis pour ces cures spéciales, et le nombre en est aujourd'hui très-considérable, sont pour la plupart merveilleusement choisis, tant à cause de la pureté de l'air que de leur admirable situation et de leur exposition particulière, qui les met à l'abri des brusques refroidissements de la température. Qu'il nous suffise de citer Veytaux, Montreux et surtout Aigle, sur les bords du lac de Genève; sur les bords du Rhin, ou dans les environs, Armenhausen, Bingen, Boppart, Laubbech et Rüdesheim, Saint-Goars-

hausen, Méran dans le Tyrol, etc., etc.; et tous ceux qui auront visité ces divers pays comprendront comment à la cure du raisin s'ajoutent de nombreuses influences qui en compliquent l'action et qui rendent par conséquent bien difficile la part à faire à chacune d'elles.

La cure du raisin n'avait pas échappé à la comparaison avec le petit-lait et avec les eaux minérales; elle ne pouvait pas échapper par conséquent à l'explication chimique tirée de la faible quantité des matériaux azotés. Nous voyons donc se reproduire pour la cure du raisin la théorie avec laquelle nous avons fait connaissance à propos du petit-lait, à savoir l'application de la cure du raisin au traitement des maladies *avec prédominance d'azote*. Que si votre curiosité va jusqu'à demander ce que sont ces maladies, je ne pourrai vous répondre qu'en vous citant le nom des maladies dans lesquelles on a cru reconnaître des avantages à cette cure et que la théorie ne peut manquer de surcharger d'azote. Mais au moment de passer ces maladies en revue, il ne nous est pas possible de ne pas faire toutes nos réserves contre l'absence de preuves apportées à l'appui de leurs assertions par les partisans de la cure du raisin, et nous devons rappeler, en l'appliquant à la cure du raisin, ce que M. Carrière a dit de la cure du petit-lait : « Les faits ne tiennent pas une grande place dans les monographies écrites sur la matière. On y trouve, avec des théories plus ou moins probables, des explications, des développements qui supposent l'existence d'un assez grand nombre de faits. » Mais nous devons ajouter que ces faits semblent encore plus difficiles à saisir et à toucher que ceux dont parlent les partisans de la cure du petit-lait. Ajoutons encore que les applications de la cure du raisin paraissent certainement et moins nombreuses et moins importantes que celles de la cure du petit-lait.

« La vertu capitale du raisin, dit M. Carrière, s'exerce sur une seule maladie de la manière la plus éclatante : c'est la *diarrhée*, et même la diarrhée la plus grave, celle qui sévit sous forme épidémique et qui peut entraîner la mort. » J'avoue que je ne suis pas sans quelque étonnement de voir cette vertu capitale du raisin passée sous silence par des balnéographes comme M. Helfft; mais enfin acceptons ce qu'en disent les partisans de cette cure; seulement on ne serait pas fâché d'être un peu édifié sur l'espèce de diarrhée qui peut être avantageusement combattue par ce moyen; car enfin la diarrhée n'est pas une maladie, mais bien un symptôme de plusieurs maladies. Eh bien! je le dis avec regret, mais les explications ne

sont ni claires ni précises à cet égard : « La cure du raisin serait très-favorable — cela veut-il dire qu'elle est très-favorable ? — à ces diarrhées chroniques qui succèdent à des affections intestinales et que renouvelle le moindre écart de régime; elle le serait surtout à ces diarrhées de tempérament, si nous pouvons nous exprimer ainsi, qui se perpétuent par défaut d'action, ou à la suite d'un état névralgique du tube intestinal; enfin elle rendrait des services dans les diarrhées qui succèdent à l'emploi des eaux minérales. » Je ne veux pas faire une querelle trop vive à M. Carrière, qui n'est coupable en définitive que de traduire en langage français les idées d'outre-Rhin; mais qu'est-ce donc que des *affections intestinales*, qu'est-ce que des diarrhées *de tempérament* ? Tout cela revient malheureusement à dire qu'il n'y a pas d'indication précise pour l'emploi de la cure du raisin dans la diarrhée, et si l'on ajoute à cela que la saison du raisin étant très-courte, cette cure ne constitue pas une de ces ressources permanentes à la disposition des malades, on arrivera à conclure que voilà une vertu capitale qui doit s'exercer assez rarement, et, ce qui est pis, dans des conditions fort mal déterminées. Qu'on ne nous fasse pas aller au delà de notre pensée : nous ne nions pas que la cure du raisin ait pu réussir contre des diarrhées rebelles, et par cela même que le raisin est un aliment d'une digestion très-facile et qui ne fournit presque aucun résidu intestinal; nous comprenons très-bien comment l'intestin mis ainsi au repos a pu guérir, d'autant plus que les malades se trouvaient placés dans des conditions hygiéniques toutes nouvelles et des plus favorables à leur rétablissement. Mais nous ne voyons là rien de spécial au raisin et qui puisse en faire une sorte de panacée contre la diarrhée.

Les rapports que les médecins allemands ont établis entre la cure du petit-lait et la cure du raisin devaient ramener, à propos de cette dernière cure, la fameuse *pléthore abdominale*, qui joue un si grand rôle dans les conceptions médicales de nos voisins d'outre-Rhin, et avec elle les maladies qui sont censées en découler, telles que les *hémorrhoïdes* et l'*hypocondrie*. Nos observations seront les mêmes qu'à propos de la cure du petit-lait : nous ne savons ce qu'est cette prétendue pléthore abdominale; mais nous comprenons très-bien que des individus grands mangeurs et obèses, ou avec tendance à l'obésité, mis à un régime comme celui que nous avons indiqué plus haut, peuvent se rétablir et revenir à un état de santé plus ou moins parfait; nous voyons dans ce traitement et dans les conditions hygiéniques qui l'entourent quelque chose d'utile à ces états

divers groupés sous le nom de *dyspepsies*, surtout lorsqu'à l'exemple de M. Helfft, on choisit bien les individus, et lorsqu'on ne prescrit pas ce traitement, par exemple, à des tuberculeux, à des convalescents, à des sujets qui souffrent de sécrétions exagérées, à des anémiques ou des chlorotiques.

On voit, par ce jugement d'un des hommes les plus compétents en cette matière, ce qu'il faut penser de la cure du raisin dans la phthisie pulmonaire, et j'en dirais autant de cette cure appliquée au traitement des affections névropathiques, de la scrofulose, des maladies des femmes et de la goutte. Eh! sans doute, un certain nombre de malades affectés de l'une ou l'autre de ces affections a pu trouver à l'une de ces stations destinées à la cure du raisin un soulagement marqué à ses souffrances, je suis tout prêt à l'admettre; mais tâchez donc de nous prouver que c'est bien à l'alimentation par le raisin et non pas à la pureté de l'air, à la beauté du climat, à l'exercice en plein air que ces malades ont dû leur guérison. La question aurait été très-facile à juger sans doute, car il eût suffi de soumettre dans un lieu quelconque un certain nombre de malades à cette alimentation spéciale. Voilà ce qu'on eût dû faire et voilà précisément ce qui n'a pas été fait.

Concluons que la cure du raisin peut avoir quelque utilité dans un certain nombre de maladies, de même que la cure du petit-lait, et principalement dans quelques maladies des organes digestifs, dans lesquelles il importe de mettre au repos le tube intestinal, tout en fournissant à l'économie une alimentation suffisamment nutritive et un peu stimulante. Nous irons plus loin, en reconnaissant que le séjour des malades dans quelques-unes de ces stations privilégiées dont nous avons fait connaître le nom plus haut peut offrir des avantages sous beaucoup de rapports et dans des maladies très-diverses; mais plus encore pour le raisin que pour le petit-lait, les partisans de cette cure ont fort à faire pour arriver à une démonstration rigoureuse de l'efficacité de ce traitement, et la voie toute chimique et spéculative dans laquelle ils sont engagés n'est pas de nature à changer cet état de choses. C'est en France, c'est dans notre pays, la terre bien-aimée de la vigne, que des expériences pourraient être tentées et suivies avec persévérance. Nous ne demanderions pas mieux, pour notre part, qu'elles fussent favorables et que notre pays se trouvât doté d'une nouvelle source de richesses par la formation d'établissements particuliers destinés à cette cure. Pour le moment, nous croyons qu'il convient de se tenir sur la réserve; car il ne faut pas se faire illusion : la mode plus que la

science a passé par là, et ce qu'elle a élevé hier, elle peut le renverser demain.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Remarques sur les bons effets de l'opium employé à doses fractionnées comme traitement consécutif à l'opération de la hernie étranglée.

Par M. DEMARQUAY, chirurgien de la maison municipale de santé.

Lorsque le chirurgien est appelé près d'un malade atteint de hernie étranglée et que, par une opération délicate, il a mis fin à l'étranglement, sa tâche n'est point encore achevée ; il faut réduire l'intestin hernié, et, si la hernie est une entéro-épiplocèle, il a à se demander ce qu'il doit faire de l'épiploon; faut-il le réduire, le laisser au dehors ou l'enlever? Cette question a vivement occupé, comme chacun le sait, l'Académie de chirurgie: je ne veux point rentrer dans ces débats. Actuellement quand l'épiploon est malade, les chirurgiens sont assez d'accord, soit pour le reséquer, soit pour le laisser au dehors, où l'inflammation et la suppuration lui font subir de profondes modifications. Pour moi, depuis le début de mes études, la question s'est posée autrement; en un mot, je me suis souvent demandé s'il fallait réduire l'épiploon qui accompagne la hernie, quel que soit son état, et les recherches que j'ai faites à ce sujet m'ont démontré que c'était là une mauvaise pratique. Pendant mes études médicales, j'ai souvent vu, à la suite de l'opération de la hernie étranglée, réduire l'épiploon quand ce dernier n'avait subi aucune altération grave. Mais souvent aussi les malheureux opérés étaient pris de péritonite, soit généralisée, soit circonscrite au voisinage de la hernie réduite. A l'autopsie, je constatais une violente inflammation de l'épiploon, et surtout de la partie réduite; plusieurs fois même j'ai trouvé des abcès au centre de la masse épiploïque; une fois j'en ai trouvé trois successivement placés dans l'épaisseur de l'épiploon. Mais ce que l'on trouve constamment, c'est du pus entre l'épiploon réduit et les anses intestinales sur lesquelles cet organe repose. Pour toutes ces raisons, je me suis imposé comme règle de toujours reséquer l'épiploon dans la hernie épiploïque étranglée et non réductible; indépendamment des raisons exposées plus haut, il en est d'autres que je vais énumérer, qui me paraissent péremptoires. En effet, dans la hernie entéro-épiploïque, l'épiploon subit, de même que l'intestin, une con-

striction qui nuit à la circulation ; aussi, quand on lève l'étranglement, non-seulement l'intestin hernié est violacé, mais l'épiploon, si vasculaire de sa nature, est tuméfié, gorgé de sang. Sans doute cette congestion disparaîtra quand l'intestin sera réduit et que l'étranglement aura cessé ; malheureusement les troubles de la circulation ne sont pas les seuls qui se soient passés dans cette membrane si délicate : en effet, celle-ci s'est trouvée un temps plus ou moins long dans le sac herniaire au contact de sécrétions, ou mieux d'exhalations plus ou moins irritantes, ayant une odeur fétide pénétrante ; or, l'épiploon, qui baigne dans ce liquide comme une éponge, va donc entraîner avec lui, par le fait de la réduction, une cause d'inflammation péritonéale ; joignez à cela l'influence plus ou moins prolongée du contact de l'air, et finalement les manœuvres de la réduction. Que faisons-nous en effet pour réduire l'épiploon hernié ?

L'intestin ayant repris sa position dans la cavité abdominale, avec les doigts indicateurs nous venons pratiquer un taxis plus ou moins prolongé sur une membrane fine, délicate, turgescente et imprégnée d'un liquide exhalé, ayant une odeur souvent fétide ; en un mot, nous réduisons dans la cavité péritonéale une membrane malade et sur laquelle nous avons exercé des pressions continues équivalentes à une véritable trituration. Il n'est donc point étonnant qu'une pratique comme celle-là soit souvent suivie d'accidents phlegmasiques. Sans doute, quand les malades affectés d'entéro-épiplocèle sont opérés dès le début de l'étranglement, ils échappent aux accidents décrits plus haut. Malheureusement nous n'opérons pas toujours nos malades dans d'aussi heureuses conditions ; pour toutes ces raisons, je m'abstiens de toute réduction épiploïque, et ceux qui suivent ma pratique nosocomiale savent parfaitement que les malades n'ont point à se plaindre de cette manière d'agir. Les chirurgiens de la fin du siècle dernier redoutaient, à la suite de cette opération, un accident grave, une gêne notable dans les fonctions abdominales, et finalement une impossibilité pour le malade de se redresser, en raison des adhérences que l'épiploon pouvait contracter avec le canal inguinal et crural. Certes, si des faits de ce genre venaient à se produire, ils mériteraient une sérieuse attention. A coup sûr ils doivent être rares, car parmi les confrères que j'ai consultés, aucun n'a vu d'accident de ce genre ; il y a trois ans, en présence de MM. Legroux et Corbel-Lagneau, j'ai enlevé à un malade atteint d'uue hernie épiploïque étranglée plus de 300 grammes d'épiploon, sans qu'aucun accident survînt con-

sécutivement à l'opération; l'anneau inguinal rempli par le pédicule de cette masse finit par se dégager, et la hernie inguinale se reproduisit, ce qui prouve bien l'inefficacité de l'épiploon pour oblitérer les anneaux herniaires, et que le laisser au dehors, abandonné à lui-même et au travail suppuratif dont il devient le siége, dans l'espoir de le voir oblitérer le passage de la hernie, est une idée fausse et souvent dangereuse : en effet, non-seulement cette masse suppure abondamment et longuement, mais de plus elle retarde d'une manière notable la cicatrisation de la plaie ; et, pour résumer toute ma pensée en deux mots, je dirai : 1° il faut toujours reséquer l'épiploon dans les hernies entéro-épiploïques, pour prévenir les accidents de péritonite généralisée ou circonscrite, et la formation d'abcès intra-abdominaux dont la gravité est connue de tout le monde; 2° si on laisse l'épiploon au dehors, il donne lieu à une suppuration d'autant plus abondante que la masse épiploïque est plus volumineuse; cette suppuration de plus épuise le malade et retarde la guérison. Lorsque la résection de l'épiploon a été faite et que l'intestin a été réduit, que doit faire le chirurgien? Doit-il abandonner son malade à lui-même, ou chercher immédiatement à rétablir le cours des matières et des gaz, comme le font la plupart des chirurgiens? Pendant mes études médicales, j'ai vu tous mes maîtres suivre cette pratique, et je l'ai suivie moi-même pendant quelque temps, sans bien réfléchir aux conséquences que cette manière de faire pouvait avoir. Il y a six ans, quand je fus appelé à remplacer M. Monod, j'ai vu cet habile chirurgien traiter ses opérés de hernie étranglée tout autrement que je ne l'avais fait, c'est-à-dire qu'au lieu de les purger, je l'ai vu au contraire leur administrer l'opium à doses fractionnées, 10 centigrammes en 10 pilules, une pilule toutes les heures. Cette médication, suivie pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, donne les meilleurs résultats. Si pendant ce temps le cours des matières ne se rétablit pas, on administre enfin un purgatif salin, qui réussit généralement bien.

Si l'on cherche à se rendre compte de cette médication si simple et dont les résultats sont vraiment remarquables, on comprend bien vite tout ce qu'elle a de rationnel ; d'abord, elle rétablit le calme chez l'opéré, elle apaise les douleurs abdominales et fait cesser cette disposition aux vomissements amenée par l'étranglement lui-même, et surtout par les mouvements antipéristaltiques qui ne cessent pas avec la cessation de l'étranglement; elle amène le sommeil, une douce transpiration, et finalement l'expulsion naturelle des gaz intestinaux. Que faisons-nous, au contraire, par

l'administration d'un purgatif salin ou tout autre donné immédiatement après l'opération ? L'injection d'un liquide froid dans l'estomac provoque un mouvement de répulsion, et détermine des vomissements, lesquels fatiguent les malades, épuisent leurs forces. De plus ces vomissements donnent des secousses à toute la masse intestinale, et concourent pour leur part à amener une péritonite ; si le purgatif passe dans l'intestin sans amener de vomissement, il provoque les contractions de ce dernier, il amène un flot de liquide qui traverse difficilement la partie intestinale réduite, attendu que celle-ci, encore toute meurtrie par la compression qu'elle a subie et par les efforts de la réduction, a perdu momentanément sa force de ressort, comme un muscle contusionné, et s'oppose mécaniquement au passage des liquides; de là des douleurs abdominales, des vomissements et des accidents péritonéaux que prévient l'administration de l'opium à doses fractionnées ; grâce à cette manière d'agir, les suites de l'opération de la hernie étranglée, dans mon service de la maison de santé, sont très-simples. Sans doute, elle est insuffisante pour amener la guérison des malades, quand l'intestin a subi de graves altérations ; cela est certain : mais en apportant un grand calme dans tout l'organisme et dans le tube digestif en particulier, elle assure une guérison que les purgatifs salins ou autres auraient compromise. Cette médication, que j'ai trouvée instituée à la maison de santé par mon honorable prédécesseur, M. Monod, ne m'appartient pas; je n'ai fait que l'appliquer. M. Monod lui-même la rapporte à un chirurgien allemand, à M. Pauli. Mais, dira-t-on, il n'y a rien de nouveau dans cette manière de faire ; chaque jour nous calmons l'agitation de nos opérés par l'administration de l'opium. Je répondrai que cela est vrai, que cette manière de faire est générale; mais que, par une exception étrange, nous agissons tout autrement après l'opération de la hernie étranglée. Que conseille-t-on généralement à la suite de lésions traumatiques de l'abdomen, ou à la suite de perforations intestinales, ou encore au début d'une péritonite? l'opium *intus* et *extra*, et, par suite d'une préoccupation de l'esprit, celle de rétablir le cours des matières, nous donnons à tort à nos opérés un médicament qui provoque les mêmes inconvénients que ceux que nous venons de combattre. Pour toutes ces raisons, j'engage nos confrères qui seront appelés à lever un étranglement herniaire à agir comme le fait M. Monod, et comme je le fais à l'exemple de cet habile praticien, c'est-à-dire à soumettre pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures leurs opérés à une médication calmante par l'opium à doses fractionnées, 10 centi-

grammes en 10 pilules prises dans les vingt-quatre heures, une pilule toutes les heures après l'opération, et à n'administrer un purgatif salin, s'il y a lieu, que lorsque le calme est rétabli et que les accidents intestinaux ont cessé.

Note sur le traitement de la blennorrhagie par les balsamiques [1] à faible dose et les injections au sous-nitrate de bismuth. — Précautions à prendre pour assurer le succès de ces injections.

Par M. le docteur P. Dauve, médecin aide-major au régiment d'artillerie monté de la garde impériale.

Malgré les travaux nombreux dont le traitement abortif de la blennorrhagie a été l'objet, la question est loin encore d'être résolue. Les injections de nitrate d'argent prônées par Carmichael et M. Debeney, et adoptées pendant quelque temps par M. Ricord, sont réservées aujourd'hui pour ces cas individuels, dans lesquels on n'hésite pas à tout risquer pour obtenir une guérison immédiate ; l'essai des injections de chloroforme vantées par M. Vénot n'a pas répondu aux promesses de leur auteur. Le perchlorure de fer en potion et en injections, recommandé par notre collègue M. Barndel, a fourni des résultats plus satisfaisants. Notons encore l'injection au chlorure de zinc, expérimentée dernièrement dans le service de M. le professeur Legouest, au Val-de-Grâce. Malgré tous les succès obtenus au moyen de ces méthodes diverses, et soutenus par des praticiens recommandables, un traitement prompt et exempt de tout danger est encore à trouver. L'emploi du bismuth est-il destiné à combler le *desideratum* tant cherché ?

Depuis l'époque où M. le docteur Caby imagina d'injecter dans l'urètre ou dans le vagin une bouillie épaisse de sous-nitrate de bismuth pour guérir les écoulements blennorrhagiques ou leucorrhéiques, plusieurs médecins ont répété ses essais : les uns avec succès, les autres sans obtenir une grande amélioration dans l'état de leurs malades. La question est donc encore à l'étude. Or, comme dans l'espèce la médecine militaire a un grand intérêt à posséder des moyens de traitement rapides, afin de pouvoir rendre plus promptement l'homme à son service, plusieurs de nous n'ont pas hésité à se joindre aux expérimentateurs.

Notre collègue et ami, M. le docteur Mourlon, a rapporté dans les

---

[1] Le mot de *balsamique*, passé dans l'usage, quand il s'agit de l'opiat cubèbe et copahu, devrait être remplacé par le mot *oléo-résineux*, car ces deux substances ne renferment ni acide cinnamique, ni acide benzoïque, mais une oléo-résine ou térébenthine.

Mémoires de médecine militaire trente-sept cas de sa pratique personnelle, dans lesquels la moyenne du traitement par les injections de bismuth a été de vingt et un jours, comme pour M. Caby. Nous-même nous avons présenté au Conseil de santé des armées une série de onze observations, dans lesquelles la moyenne de traitement a été seulement de neuf jours. Nos conclusions sont insérées dans le même volume.

A quelles circonstances devions-nous rapporter la grande différence observée dans les résultats de nos essais? Etait-ce à l'époque de l'année et aux lieux où nous observions (nos faits avaient été recueillis en mai 1859, à Valence, où notre régiment était en garnison)? ou bien à l'usage d'un opiat de cubèbe et de copahu, que nous faisions prendre concurremment avec l'emploi des injections de sous-nitrate de bismuth? C'est ce que nous nous proposons d'examiner.

Disons tout d'abord que nos observations étaient trop peu nombreuses pour donner à nos conclusions une valeur considérable, et même que les succès de notre première expérimentation sont trop brillants pour ne pas nous faire croire à une de ces séries de cas heureux, dans lesquels toute espèce de médication rationnelle peut faire fortune.

Depuis notre arrivée à Versailles, nous avons pu poursuivre nos essais, grâce à l'obligeance de M. Raichon, notre médecin-major, qui a eu la bonté de nous confier le service des vénériens de son infirmerie. Là, nous avons trouvé un certain nombre de malades atteints d'urétrites à toutes les périodes, et ayant subi un traitement avec ou sans amélioration. Nous les avons traités par les injections de bismuth seules; et quand ces injections n'étaient point efficaces, nous leur avons ajouté l'emploi des balsamiques.

Quant aux urétrites qui se présentaient vierges de tout traitement, ou à la période de début, nous en avons soumis une partie au même traitement; quant aux autres, elles ont été mises dès leur entrée à l'usage simultané des injections de bismuth et de l'opiat de cubèbe et de copahu.

Avant d'exposer les résultats que chacune de ces séries d'observations nous a fournis, nous devons dire un mot des cas de blennorrhagie que nous sommes appelé à traiter.

Les urétrites sont souvent constituées par des écoulements indolents qui surviennent chez l'homme, comme les flueurs blanches chez la femme, sous l'influence d'un vice diathésique, de la masturbation, de certains excès, surtout de ceux du coït; enfin ils sont

le résultat d'une prédisposition des muqueuses aux affections catarrhales. C'est dans cette forme de la maladie que, d'après M. le docteur Caby, l'action du bismuth est le plus remarquable. Ces sortes d'urétrites, fréquentes chez les individus à constitution délicate, se rencontrent rarement chez des hommes aussi robustes que nos soldats.

La blennorrhagie aiguë est sans contredit la forme la plus commune chez nos artilleurs ; elle est toujours due à un coït suspect. C'est ordinairement dès la période de début que nos hommes se présentent à la visite, car celui qui ne déclare pas sa maladie et qui cherche à la cacher est sévèrement puni.

Voici maintenant le traitement auquel nos malades ont été soumis. Dès leur entrée à l'infirmerie, on leur fait prendre une bouteille d'eau de Sedlitz. Le lendemain, ils commencent l'usage de 12 grammes d'un opiat, composé de copahu (4 grammes) et de cubèbe (8 grammes), administré en deux fois (6 grammes le matin, 6 grammes le soir) ; puis quatre injections préparées avec 30 grammes de sous-nitrate de bismuth, lavé à l'ammoniaque. L'injection est conservée pendant cinq minutes, afin que le sel ait le temps de se déposer sur la muqueuse urétrale. Une précaution que nous prenions était de faire pratiquer préalablement une injection d'eau pure, afin de laver le canal et d'assurer le contact direct du sel avec la muqueuse urétrale.

Nous avons deux remarques à présenter quant à ce mode de traitement : 1° la petite quantité de substances balsamiques que nous prescrivons à nos malades ; 2° le soin que nous prenons de prévenir l'acidité de nos injections.

L'action des balsamiques, du copahu spécialement, dans la blennorrhagie, est triple. L'action générale est bien faible, pour ne pas dire nulle dans l'espèce, car ces substances n'agissent pas sur la vaginite. Quant à l'action révulsive, elle peut être obtenue moins douloureusement par les purgatifs ordinaires, et nous la remplaçons par l'emploi de l'eau de Sedlitz, que nous donnons tous les huit jours et plus souvent si l'indication s'en présente. C'est à l'action directe surtout que les balsamiques doivent leurs propriétés antiblennorrhagiques. Emulsionné dans le tube digestif, le copahu vient se mêler aux urines et leur donner une composition dont la chimie organique n'a pu nous fournir encore la formule.

Généralement on administre cette oléo-résine à trop hautes doses, et l'on expose les malades aux accidents nombreux que ce médicament peut provoquer. Notre expérience nous a appris qu'une dose

de 4 grammes mêlée à une quantité double de cubèbe suffisait pour rendre l'urine médicamenteuse.

Cet opiat n'occasionne ni renvois, ni vomissements; par le cubèbe qu'il renferme il tonifie l'estomac et augmente l'appétit. Son effet le plus marqué est d'amener la diminution de la douleur en urinant. Dans toutes nos observations, nous voyons cette douleur disparaître toujours après deux ou trois jours de traitement.

Notre remarque la plus importante aura trait au sous-nitrate de bismuth et à la préparation des injections.

Si l'on verse peu à peu, dit M. Thénard, une dissolution de nitrate de bismuth dans une grande quantité d'eau, on en précipitera, sous forme de flocons blancs, et quelquefois sous forme d'écailles nacrées, tout l'oxyde en combinaison avec très-peu d'acide. Celui-ci, au contraire, restera presque tout entier dans la liqueur; c'est à ce précipité bien lavé qu'on a donné le nom de *sous-nitrate de bismuth, magistère de bismuth, blanc de fard, blanc de perle.* Ce sel est insipide, inodore, peu soluble dans l'eau. Employé autrefois comme objet de toilette, il donne à la peau de l'éclat et du brillant. Les chimistes le vantaient contre la couperose et diverses autres affections du visage ; mais on n'a jamais prêté grande attention aux effets topiques de ce sel.

M. Monneret, dans le savant mémoire qu'il a publié (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVII), a pris soin de mettre en relief les services que l'emploi topique du sous-nitrate de bismuth pouvait rendre à la pratique. Malgré les faits nouveaux qu'il a produits et ceux plus anciens publiés par Schrœder, Kerksig, M. Bretonneau, et M. J. Cloquet, contre les ophthalmies catarrhales, le coryza, les ulcères sanieux, l'ozène, les eczémas chroniques, etc., ces essais ne se sont pas multipliés.

La tentative de M. Caby n'est pas la moins importante qui se soit produite ; elle a eu pour résultat de rappeler l'attention sur le nouveau médicament. Toutefois, un fait sur lequel notre jeune confrère n'a pas insisté, c'est la décomposition du sous-nitrate de bismuth dans l'eau. Cette réaction chimique, qui rend les solutions acides et par conséquent irritantes, doit nuire aux essais de la médication, et nous nous empressons de la signaler.

Voici comment nous avons été conduit à constater le fait :

Un jeune pharmacien, affecté de blennorrhagie, suivait notre méthode de traitement. Il avait préparé 200 grammes de solution de sous-nitrate de bismuth. Le premier jour, ces injections furent prises et conservées cinq minutes, sans provoquer la moindre dou-

leur ; le lendemain, la même injection détermina une sensation de brûlure, qui se renouvela après chaque injection. L'idée nous vint d'essayer cette solution avec le papier de tournesol ; elle rougit aussitôt. Le sel fut alors lavé avec soin, puis la solution préparée matin et soir, au moment de pratiquer les injections, et la douleur ne reparut plus ; huit jours après, la guérison était complète.

Le sous-nitrate de bismuth était-il mal préparé ? Contenait-il du nitrate acide laissé par un lavage insuffisant, comme l'a prétendu M. le docteur Mourlon ? Quand nous avons entrepris nos premières expériences à Versailles, nous nous sommes procuré du sous-nitrate de bismuth à la pharmacie centrale des pharmaciens, afin d'être sûr de sa pureté. Après l'avoir lavé avec soin, nous avons fait préparer la mixture pour une journée. Plusieurs de nos malades, qui n'avaient rien éprouvé à l'injection du matin, accusèrent de la douleur à l'injection du soir. Nous essayâmes alors la liqueur avec le papier de tournesol, qui rougit rapidement. Ce sel fut lavé une seconde fois, et la liqueur ne produisit aucun effet sur le papier réactif. Quinze jours après, la même mixture conservée avait repris son acidité. L'eau de lixiviation donna, avec l'acide sulfhydrique, un précipité noir de sulfure de bismuth. Nous nous rappelâmes alors une remarque insérée dans le numéro du 30 mai 1839 du *Bulletin de Thérapeutique*, t. LVI, où il est dit que le sous-nitrate de bismuth ne saurait être lavé sans se décomposer et céder à l'eau une certaine quantité de sa substance, en même temps qu'il se convertit en un composé plus basique. La composition de ce sous-nitrate est donc subordonnée aux lavages qu'on lui a fait subir, de sorte qu'elle n'a rien de défini. M. Loewe s'est assuré qu'on empêche cette décomposition en ajoutant à l'eau de lavage une partie de nitrate d'ammoniaque sur 500 grammes d'eau. Dès que nous remarquâmes l'acidité de l'injection du soir, nous préparâmes la solution deux fois par jour, et au moment de donner l'injection ; mais comme le nombre d'injections s'élevait à six pour certains malades, et que la décomposition avait le temps de se faire, nous préférâmes laver le sel de bismuth avec l'ammoniaque, suivant le procédé de M. Loewe (1).

Tel est l'ensemble des précautions auxquelles nos malades furent

(1) Malgré le lavage à l'azotate d'ammoniaque, la mixture préparée depuis plusieurs jours ne tarde pas à se décomposer de nouveau, et il convient de ne pas la préparer pour plus de vingt-quatre heures. Pour plus de facilité, il serait peut être préférable de donner au malade le sel divisé en paquets de 2 à 3 grammes qu'il préparerait lui-même pour chaque injection.

soumis. Nous devons ajouter que pour assurer le contact du bismuth avec la muqueuse urétrale, nous recommandions de pratiquer tout d'abord une injection d'eau pure, afin de laver le canal.

L'injection du sel de bismuth était contre-indiquée seulement lorsque la maladie était à son maximum d'intensité ou compliquée d'orchite, de cystite, etc. Dans ces cas, elle était remplacée par l'injection laudanisée, et les balsamiques étaient administrés à doses plus élevées, si le malade pouvait les tolérer.

Aussitôt que l'écoulement se réduisait à un suintement muqueux, nous supprimions l'opiat et nous terminions le traitement par l'usage exclusif des injections de sous-nitrate de bismuth.

Tous les huit jours, nous l'avons dit, chaque malade prenait sa bouteille d'eau de Sedlitz. Lorsqu'il n'existait pas de complications, nous négligions l'emploi des tisanes.

Le régime habituel des batteries est conservé aux malades des infirmeries régimentaires. Les alcooliques seuls sont défendus.

On n'attend pas que nous publiions les détails des trente-cinq observations que nous avons recueillies à l'appui de notre médication. Malgré les faits fournis par M. Caby et ceux de notre collègue Mourlon, dans lesquels la moyenne du traitement par les injections du sel de bismuth a été de vingt et un jours, nous avons voulu instituer des expériences comparatives. Nous avons traité douze urétrites par les injections seules ; huit ont guéri, après une moyenne de onze jours de traitement ; mais, après quelques jours d'excès et de fatigues, deux ont dû rentrer à l'infirmerie. Chez les quatre derniers malades, il y avait, après dix jours de ce traitement, si peu de diminution dans l'écoulement et surtout dans la douleur pendant la miction, que nous n'avons pas hésité à ajouter les balsamiques aux injections. Dès le lendemain, la douleur avait disparu et l'écoulement était réduit à une goutte le matin. Malgré cet amendement rapide, la guérison complète s'est fait attendre quarante-quatre jours pour le premier, quarante-trois pour le second et quatorze pour le quatrième.

Chez les dix-neuf hommes atteints d'urétrites datant de moins de dix jours, qui furent soumis à l'emploi simultané des balsamiques à petites doses et des injections de sous-nitrate de bismuth, nous n'avons jamais constaté de douleurs, ni pendant la miction, ni pendant l'injection, ni aucune des complications qui surviennent dans le cours des blennorrhagies, telles que : épididymite, cystite, etc.; enfin la moyenne du traitement a été quinze jours.

Ce résultat thérapeutique n'est pas dû aux balsamiques seuls ;

ils ne font que venir en aide à l'action du sel de bismuth pour dessécher le canal ; ils triomphent de la douleur pendant la miction, et agissent encore en rendant médicamenteux un liquide, l'urine, qui par lui-même est irritant.

La moyenne du traitement de sept urétrites chroniques, soumises aux mêmes moyens, a été de dix-neuf jours, ce qui semble prouver que notre traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera appliqué au début de la maladie.

Nous terminerons cette note par les conclusions suivantes :

1° Le sous-nitrate de bismuth, modificateur si puissant de la muqueuse intestinale, employé en injections par M. le docteur Caby, comme modificateur du flux de la muqueuse urétrale dans la blennorrhagie chronique, possède les mêmes avantages, quoiqu'à des degrés différents, dans les autres périodes de cette maladie.

2° Dans la période d'invasion de la blennorrhagie, et dans toutes les périodes où il y a douleur pendant la miction, la médication est plus efficace si on associe à l'injection l'emploi de l'opiat cubèbe et copahu à faible dose ; pris de cette façon, les balsamiques rendent l'urine médicamenteuse, calment la douleur pendant la miction et n'occasionnent aucun accident.

3° Pour ne causer aucune douleur, l'injection doit être nouvellement préparée et lavée, soit avec l'eau étendue d'azotate d'ammoniaque (Loewe), soit avec l'eau bouillante (Orfila) ; ces moyens empêchent la décomposition du sel de bismuth dans l'eau de la mixture et s'opposent à ce que celle-ci devienne acide.

4° L'action purgative des balsamiques à haute dose est avantageusement remplacée, et sans accidents, par l'eau de Sedlitz.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouveau mode de préparation de l'oxyde de cuivre noir.

Les résultats obtenus avec l'emploi de la pommade à l'oxyde de cuivre noir ont engagé quelques ophthalmologistes à introduire cet agent résolutif dans le traitement des maladies oculaires. Cette nouvelle destination de ces topiques a engagé MM. Vogel et Reischauer à fournir un meilleur produit à la pratique médicale ; au procédé suivi, la calcination du nitrate de cuivre, ils proposent de substituer le suivant :

On prend une solution de nitrate de cuivre qu'on divise en deux

parties égales. Dans l'une on ajoute de l'ammoniaque liquide jusqu'à ce que le précipité, d'abord formé, se soit redissous. On y verse alors la seconde moitié de la solution. Celle-ci détermine la précipitation d'un sel basique bleu; mais il reste assez d'ammoniaque dans la dissolution pour que, en portant la liqueur à l'ébullition, le sel basique soit décomposé et le précipité transformé en oxyde de cuivre noir.

L'ébullition se fait sans difficulté au bain de sable, et l'oxyde cuprique se dépose rapidement. Comme le nitrate d'ammoniaque qui surnage contient un peu de cuivre, on précipite celui-ci en versant dans la solution un peu d'hydrosulfate d'ammoniaque. Le nitrate d'ammoniaque est alors très-pur et peut servir pour les mélanges réfrigérants.

Gargarismes créosotés.

Nous avons publié récemment la série des principales formules destinées à l'emploi de la créosote; nous venons la compléter en y inscrivant les deux formules de gargarisme dont M. le docteur H. Green a retiré, dit-il, de grands avantages dans le traitement de l'inflammation chronique de la gorge et l'angine folliculaire localisée à la muqueuse pharyngienne.

Créosote	24 gouttes.
Teinture de myrrhe	12 grammes.
Teinture de lavande comp	12 grammes.
Sirop simple	24 grammes.
Eau de fontaine	150 grammes.

Mêlez.

Créosote	20 gouttes.
Teinture de poivre d'Espagne	6 grammes.
Teinture de myrrhe	12 grammes.
Teinture de lavande comp	12 grammes.
Sirop simple	24 grammes.
Eau de fontaine	150 grammes.

On peut, dit M. Green, adopter l'une ou l'autre de ces formules.

Sirop de chlorure de sodium.

Aux diverses préparations pharmaceutiques du sel marin destinées au traitement de la phthisie, M. Pietra-Santa propose d'ajouter un sirop; MM. Mialhe et Grassi conseillent les proportions suivantes :

Eau distillée	200 grammes.
Chlorure de sodium	125 grammes.
Sucre	400 grammes.
Eau de laurier-cerise	30 grammes.

30 grammes de ce sirop contiennent sensiblement 5 grammes de chlorure de sodium, dose à laquelle on donne ce médicament.

L'usage du sel ayant surtout pour but de stimuler l'appétit et de faciliter la digestion, on fera bien, toutes les fois que cela sera possible, de continuer à administrer cet agent en nature, dissous dans une petite tasse de bouillon que l'on fera prendre au début des repas.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation de torticolis congénital ancien, guéri par la section sous-cutanée des deux tendons du sterno-cléido-mastoïdien.

François Alingrin, charron, né à Montpellier de parents sains, le 20 juin 1837, est doué d'une forte complexion et d'un tempérament lymphatique. En venant au monde, il a offert un torticolis musculaire affectant le côté droit, qui a résisté à l'usage des moyens ordinaires (onctions sédatives, cataplasmes émollients, applications d'ouate, etc.), et qui a même augmenté de plus en plus, malgré leur emploi. Dès l'âge de cinq ans, il fut présenté par ses parents à plusieurs praticiens de la ville, notamment à MM. Provençal et Chrestien qui, à cette époque et depuis lors, conseillèrent vivement, à plusieurs reprises, la section du sterno-cléido-mastoïdien, opération à laquelle la famille ne voulut pas consentir.

La tête était fortement inclinée à droite ; le menton regardait l'épaule gauche, qui était notablement élevée. La démarche, le regard et l'attitude de ce jeune homme offraient enfin ce défaut d'harmonie très-disgracieux, qui s'observe dans les cas de ce genre où la contracture de l'un des muscles sterno-cléido-mastoïdiens est très-prononcée.

Cette difformité exempte Alingrin du service militaire. Un an environ après, c'est-à-dire en juin 1858, il va trouver M. Bertrand aîné, agrégé libre de la Faculté, décidé cette fois à consentir à l'opération, si elle lui est encore proposée.

Il existait une roideur et une contracture des plus marquées du sterno-cléido-mastoïdien droit. Le trapèze et les autres muscles de la moitié droite de la région cervicale n'offraient aucune altération appréciable ; la colonne épinière ne présentait non plus aucune trace de lésion organique. M. Bertrand, considérant la ténotomie comme parfaitement indiquée, la pratique quelques jours après.

Le malade est assis sur une chaise devant la croisée. Un aide

tient la tête, l'incline du côté opposé, en lui faisant effectuer un mouvement de rotation destiné à faire saillir le plus possible sous la peau les deux tendons du muscle. L'opérateur fait un pli à la peau, en pique la base, introduit un ténotome par cette petite ouverture, dirige l'instrument de dehors en dedans et opère la section du tendon sternal d'arrière en avant et à 15 millimètres environ au dessus de son insertion. Le redressement de la tête n'étant pas entièrement possible malgré cette section, et le tendon claviculaire restant dur et résistant, il est coupé à son tour par la méthode sous-cutanée, et d'avant en arrière, le ténotome rasant la face supérieure de la clavicule. Il est dès lors facile de redresser complétement la tête et de la mouvoir dans tous les sens. Elle est recouverte d'une calotte en lanières de cuir, munie d'une mentonnière pour empêcher son déplacement. On maintient la tête dans le sens opposé à la déviation, au moyen d'une bande en cuir qui passe sous l'aisselle gauche et que l'on peut serrer à volonté. Cet appareil confectionné par M. Dumas, bandagiste, a été bien supporté par l'opéré. Il a été maintenu pendant une dizaine de jours; dès lors, le jeune homme a repris ses occupations et n'a plus offert la moindre trace de difformité. Je l'ai encore revu récemment, plus de deux ans après l'opération. Son état est des plus satisfaisants : la tête est parfaitement redressée; tous les mouvements normaux de flexion, d'extension, de rotation et d'inclinaison à gauche et à droite s'effectuent avec la plus grande facilité.

Réflexions. — Aucun accident ne s'est produit après cette opération, qui a eu les meilleurs résultats. « Quand la déviation est ancienne, dit Bonnet (de Lyon), et que le sujet a passé l'âge de quinze ans, il ne faut pas espérer une guérison parfaite [1]. » Il y a de l'exagération dans la gravité d'un tel pronostic. Ici, en effet, le succès a été complet, malgré l'ancienneté du torticolis qui était congénital et datait de vingt et un ans.

On sait que Dupuytren fit le premier, en 1822, la section du sterno-cléido-mastoïdien, par la méthode sous-cutanée. La même opération a été pratiquée avec succès par Stromeyer en 1826, Syme en 1832, Bouvier en 1836, et par d'autres chirurgiens, entre autres Bonnet (de Lyon), M. Jules Guérin, etc.

MM. Malgaigne et Guérin ont pensé qu'il suffit, dans la généralité des cas, de pratiquer la section du tendon sternal. Ici, cette section eût été insuffisante; aussi M. Bertrand n'a-t-il pas hésité à

---

[1] A. Bonnet, *Traité des sections tendineuses et musculaires*, p. 584.

couper en même temps le tendon claviculaire. Tel était aussi le sentiment de Bonnet (de Lyon). « J'ai observé, dit-il, que la section du faisceau sternal était loin de suffire dans tous les cas pour redresser la tête. J'ai toujours commencé par diviser ce faisceau, et, quatre fois sur cinq, j'ai été forcé de diviser un peu plus tard le faisceau claviculaire, parce que l'inclinaison persistait (1). »

Je ne dirai rien du procédé opératoire. C'est celui auquel on a le plus généralement recours aujourd'hui.

A. Girbal,
Agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies des voies urinaires, par M. le docteur Ch. Phillips, officier de la Légion d'honneur; 1 volume in-8 avec 97 figures intercalées dans le texte.

Personne ne pouvait aborder avec plus d'autorité que M. Phillips l'exposition dogmatique des maladies des voies urinaires. Connu déjà par la publication d'importants ouvrages de chirurgie générale, notre auteur était à même d'aborder avec fruit un sujet spécial, d'entreprendre de parcourir un champ qu'il cultive depuis longues années avec non moins de persévérance que de bonheur. Après nous avoir fait justement remarquer que l'impulsion donnée à l'étude des maladies des voies urinaires date du moment où la lithotritie a cessé d'être une chimère, suivant l'expression de Percy, M. Phillips s'est attaché à nous exposer fidèlement les divers progrès réalisés dans cette branche spéciale de la chirurgie depuis cette fameuse époque. L'ouvrage de M. Phillips se divise en trois parties, précédées d'une sorte d'introduction ayant pour but de faire connaître l'anotomie des organes urinaires, non pas dans tous ses détails, mais uniquement pour préciser le siége des maladies qui vont être décrites, et pour fixer davantage l'attention du praticien sur le lieu où il sera obligé de porter la main ou les instruments. Cet exposé se distingue par sa simplicité et en même temps par son exactitude; on y voit citées les recherches des auteurs les plus compétents sur le sujet, et parmi elles celles de MM. les professeurs Malgaigne et Jarjavay sur l'urètre. A propos de la structure de la vessie, M. Phillips n'oublie pas de nous donner le résultat des dissections de M. Mercier. L'appareil musculaire de l'urètre est

(1) Bonnet, ouvrage cité, p. 582.

très-bien décrit d'après les travaux de MM. Denonvilliers, Gosselin, Jarjavay, Demarquay. Puisqu'il y est question de Wilson, pourquoi n'y voyons-nous pas figurer Guthrie, dont les dissections offrent une plus grande exactitude que celles de ce dernier anatomiste? Quoi qu'il en soit, le but de l'auteur a été atteint : suivons-le maintenant dans la description des maladies.

La première partie contient les maladies de l'urètre. M. Phillips n'a pas cru devoir parler de l'urétrite aiguë, parce que, dit-il, elle est décrite dans tous les traités de pathologie. Il y avait peut-être une meilleure raison à donner, et la voici : l'auteur envisageant son sujet surtout au point de vue chirurgical, il en résultait que l'urétrite aiguë, ne donnant pas lieu à l'intervention des instruments, pouvait facilement être laissée de côté.

En revanche, l'urétrite chronique y est étudiée avec soin, sous le rapport de la thérapeutique. M. Phillips a émis l'idée que souvent ces écoulements étaient le symptôme d'un rétrécissement, et il a institué un traitement qui lui a fort bien réussi, ainsi qu'à la plupart de ses confrères. Les chapitres sur la contracture du col do la vessie, et sur la valvule musculaire de cette région, nous ont paru bien au courant des progrès de la science et sont écrits avec uno grande lucidité. Le chapitre sur les rétrécissements de l'urètre forme près de deux cents pages : c'est une véritable monographie que le praticien consultera toujours avec fruit, parce que toutes les méthodes y sont sagement appréciées. Relativement aux rétrécissements dits *infranchissables*, M. Phillips professe une doctrine qui nous paraît parfaitement fondée. Il pense qu'on s'est trop hâté de croire à l'imperméabilité des obstacles, et il a fait voir qu'avec des instruments plus convenables, plus aptes à se prêter à certaines exigences, et surtout qu'avec plus de persévérance et de foi dans leur puissance, on peut atteindre un but auquel on a trop tôt renoncé.

Après les rétrécissements, on trouve de bons articles sur le phimosis et le paraphimosis, les polypes de l'urètre.

Les contusions, les déchirures, les pertes de substance de ce canal, forment la matière d'autant de chapitres qui sont suivis de la description des accidents qui peuvent survenir à la suite de ces lésions traumatiques. L'auteur rapporte à ces accidents : les infiltrations, les abcès urineux, les rétrécissements traumatiques et les oblitérations complètes; sur chacun de ces points, M. Phillips trouve le moyen d'exposer une pratique sage et prudente.

Accident fréquent des lésions de l'urètre, les fistules urinaires méritaient un développement étendu; l'auteur a répondu à notre

attente. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de reprocher à M. Phillips de n'avoir pas décrit toutes les fistules urinaires ; il y a là une lacune qui sera certainement comblée dans une prochaine édition.

Les difformités congénitales de l'urètre comprennent l'oblitération, le rétrécissement, l'hypospadias, l'épispadias. On avait nié l'existence des rétrécissements congénitaux de l'urètre, mais M. Phillips a soin de nous avertir que M. Nélaton en a observé quatre cas, dont un a été vu par nous dans le service de ce professeur à l'hôpital des cliniques. Dans ces dernières années, le traitement de l'hypospadias, de l'épispadias et de l'exstrophie vésicale s'est enrichi de nouveaux procédés fort ingénieux dus à MM. Nélaton et A. Richard. Or, M. Phillips a soin de les exposer à ses lecteurs, et, pour mieux les faire comprendre, il a accompagné sa description de figures assez nombreuses.

La deuxième partie comprend les maladies de la prostate et de la vessie. Cette réunion, un peu arbitraire sans doute, est justifiée aux yeux de l'auteur par l'impossibilité où l'on est souvent d'apprécier lequel de ces deux organes a été primitivement malade, s'ils n'ont pas été atteints simultanément, et lequel des deux a réagi sur l'autre.

Les affections de la prostate sont l'objet d'une étude surtout approfondie au point de vue de la pratique. Nous remarquons cependant avec regret l'absence des kystes. M. Béraud, dans sa thèse pour le concours d'agrégation traitant des maladies de la prostate, nous a rappelé quelques exemples de cette lésion ; ce sont surtout les cas de kystes hydatiques vus par Lowel et Curling. Mais tout récemment, nous avons pu voir dans le service de M. Michon, à la Pitié, un exemple des plus remarquables de cette maladie. M. Michon en a fait l'objet d'une leçon et a ponctionné le kyste. Près de deux litres de liquide séreux, mélangé de débris d'hydatides, se sont écoulés par la canule du trocart. Une injection iodée a été pratiquée. Ainsi, on le voit, cette affection n'est point une chose assez rare pour que le clinicien ne doive pas en tenir compte.

Les maladies de la vessie renferment les ruptures, les abcès, les tumeurs, l'exstrophie, les fongus, les cancers, et enfin la rétention d'urine, accident commun à la plupart des affections qui précèdent; à propos des ruptures de la vessie, M. Phillips a utilisé l'excellente thèse de M. Houël.

Cette importante partie de l'ouvrage se termine par des aperçus fort ingénieux sur les fausses routes et leur cicatrisation, et sur la

boutonnière. Nous sommes de l'avis de l'auteur, quand il nous dit que cette dernière opération est toujours grave, et qu'elle doit être réservée pour les cas rebelles à tous les autres moyens.

Eu égard à la ponction de la vessie, M. Phillips, en excellent praticien, est partisan de la ponction sus-pubienne. Pour lui, c'est le moyen le plus sûr et le moins dangereux d'arriver à la vessie. C'est une opération facile à pratiquer, peu douloureuse, et dont les suites sont des plus simples.

Avant d'arriver à la cystite, le lecteur rencontrera quelques chapitres intéressants consacrés à l'étude des diverses incontinences d'urine et de l'hématurie.

La troisième partie, enfin, renferme l'affection calculeuse, la lithotritie, les corps étrangers introduits dans l'appareil urinaire, et leur extraction sans opération sanglante. Nous aurions voulu que cette partie de l'ouvrage contînt aussi une description, sinon détaillée, au moins sommaire, de la taille. Nous ne savons pas pourquoi cette grande opération n'y est point mentionnée : serait-ce que M. Phillips la considère comme indigne de figurer a côté de sa jeune émule ? On le croirait au premier abord. Mais M. Phillips est trop bon praticien pour avoir de pareilles idées, il sait très-bien que la taille ne sera point détrônée par la lithotritie, et lui-même a publié tout récemment un cas dans lequel la taille lui a donné un bon résultat. Nous avons donc le ferme espoir que dans une nouvelle édition, qui ne peut manquer d'être prochaine, M. Phillips réparera cet oubli, si toutefois il y a eu oubli, et si cette absence n'est pas le résultat d'une délibération longtemps méditée.

Du reste, dans le chapitre intitulé : *Des indications et des contre-indications de la lithotritie,* M. Phillips nous montre qu'il a pensé à la taille. Voici, en effet, ses propres paroles :

« Il résulte de ce que nous venons d'exposer, que si la lithotritie n'est pas une opération applicable à tous les calculeux, elle doit être employée comme méthode générale, la taille étant réservée pour des faits exceptionnels. C'est à tort qu'un enthousiasme irréfléchi a voulu la faire admettre comme une méthode absolue, et devant exclure la taille. Cette dernière est une précieuse opération qui vient compléter les ressources de la chirurgie contre l'affection calculeuse, et dont l'autorité doit être invoquée au moment où la lithotritie fait défaut. »

Voilà qui est bien dit. Mais peut-être fallait-il aller plus loin et ne pas laisser la taille dans une pénombre. Nous en appelons à M. Phillips lui-même. L'énumération si complète, d'ailleurs, qu'il a

pris la peine de faire des causes contre-indiquant la lithotritie, ne prouve-t-elle pas que la taille sera souvent une précieuse ressource? Certainement, dans les cas simples, la lithotritie sera préférable; mais nous le demandons à M. Phillips lui-même, les cas simples dans l'affection calculeuse sont plus rares qu'il n'a l'air de le dire.

Telles sont les impressions que nous avons éprouvées en parcourant l'excellent traité de M. Phillips; mais avant de terminer, jetons un coup d'œil sur l'ensemble de l'ouvrage.

La méthode est simple, sans prétention à des classifications plus ou moins justes. Le style en est sobre, clair, facile; relativement aux appréciations, l'auteur est toujours du côté du bon sens, et il prouve qu'il possède toutes les qualités d'un clinicien consommé. On voit qu'il a jugé avec les résultats de la pratique. Bien différent, sous ce rapport, de la plupart des spécialistes, notre auteur offre dans ses discussions une sérénité d'esprit, une impartialité vraiment louable, et à laquelle nous n'étions guère accoutumés; M. Phillips n'a pas voulu faire un pamphlet, il a écrit une bonne monographie pour guider les praticiens et les élèves dans un sujet qui a été souvent obscurci par des élucubrations vraiment ennuyeuses à propos d'instruments dont la pratique n'a que faire. La préoccupation de notre auteur a été de laisser à chacun ce qui lui appartient, et d'éviter la regrettable tendance qui a particulièrement caractérisé, de nos jours, les écrits concernant l'étude des maladies des voies urinaires. Tout en évitant de pareils excès, M. Phillips n'a pas hésité à donner son opinion sur les sujets qui sont encore en litige, et sur lesquels il avait droit de se prononcer, éclairé qu'il est par une expérience de vingt-quatre années de pratique et treize années d'enseignement public.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux observations de fièvre pernicieuse pneumonique.—Administration du sulfate de quinine. — Guérison. — Nous empruntons à un excellent travail de M. le docteur Saillard les deux observations suivantes, qui paraissent résoudre entièrement la question si controversée de l'existence de la fièvre pernicieuse pneumonique et mettre hors de doute la possibilité de la disparition presque complète de la localisation inflammatoire pendant l'apyrexie.

Obs. 1. Terrassier, âgé de vingt et un ans, d'une excellente santé

habituelle, habitant depuis quelques mois seulement le département de la Loire-Inférieure et occupant aux environs de Nantes une maison située sur le bord d'un étang qui se dessèche pendant l'été ; la seule fenêtre de la chambre où il couche donne sur cette flaque d'eau. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, dans le service de M. Marcé, il est pris de fatigue, avec sentiment de brisement dans les membres, courbature générale, céphalalgie, inappétence, très-grand malaise. Dans la nuit qui précède son entrée, frissons, puis chaleur suivie de sueur.

Premier jour au soir, malaise général, céphalalgie, courbature, inappétence, soif, embarras gastrique.

Deuxième jour au matin, toujours même malaise, symptômes d'embarras gastrique, fétidité de l'haleine, langue saburrale, large, couverte d'un enduit jaunâtre épais, constipation. (Huile de ricin, 25 grammes.)

Le soir, à six heures, état suivant : face vultueuse, yeux brillants, pommettes rouges, peau brûlante, 96 pulsations, pouls assez peu développé ; douleur vive dans le côté gauche de la poitrine, au-dessous et un peu en dehors du mamelon gauche ; toux, et à la suite des quintes expulsion de crachats visqueux adhérents au vase, aérés, gelée d'abricot ; respiration anxieuse, 36 respirations. A l'auscultation, en arrière de la poitrine et presque à la base du poumon, râles crépitants nombreux, venant par bouffées à chaque inspiration ; retentissement de la voix sans bronchophonie, matité relative assez notable. (Potion contro-stimulante.)

L'accès se prolonge jusqu'à minuit et se termine par une sueur abondante.

Troisième jour, matin. Bon état ; plus de douleur, de dyspnée, de toux, ni d'expectoration ; aucun phénomène à l'auscultation et à la percussion. Le malade demande à manger. (Une demi-ration.)

Quatrième jour, matin. Très-bonne nuit et bon état. Vers une heure de l'après-midi, les symptômes de l'avant-veille se renouvellent avec une intensité effroyable : frisson violent, agitation, loquacité, douleur extrêmement aiguë dans le côté gauche, face animée, yeux injectés, peau très-chaude, pouls petit, tremblant, avec des intermittences assez longues, 100 à 104 pulsations, toux fréquente, avec expectoration abondante de crachats rouillés caractéristiques. A l'auscultation, à gauche et en arrière, vers la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, souffle bronchique bien marqué avec bronchophonie manifeste et tout autour râles crépitants nombreux, vibrations thoraciques exagérées, matité presque

absolue, dureté au doigt ; à droite, en arrière, respiration puérile, de même en avant des deux côtés. La rate palpée et percutée ne semble pas avoir augmenté de volume ; pas de douleur à ce niveau. (Administration immédiate de 1gr,50 de sulfate de quinine.) L'accès dure jusqu'à onze heures du soir et se termine par une sueur abondante. (Nouvelle administration de 1gr,50 de sulfate.)

Cinquième jour, matin. Calme parfait ; ni oppression ni toux fréquente ; un peu de toux seulement ; plus d'expectoration colorée ; quelques râles crépitants assez rares, mais plus de souffle tubaire, plus de bronchophonie, plus de matité manifeste ; 80 pulsations, 20 respirations, peau fraîche. (1gr,50 de sulfate de quinine (*bis*), à prendre matin et soir.) Bonne journée.

Le soir, quelques râles peu nombreux et à bulles grosses et humides.

Sixième jour. Très-bon état. Bourdonnements d'oreille avec un peu de céphalalgie, d'origine quinique ; un peu d'appétit. (Sulfate de quinine, 0gr,75 ; quart de ration.) Vers quatre heures de l'après-midi un peu de malaise, qui se dissipe bientôt.

A partir de ce jour, on continue le sulfate de quinine à doses décroissantes, et le malade sort une semaine après, dans un état excellent.

Obs. II. Une marchande ambulante, âgée de trente-quatre ans, extrêmement maigre et chétive, travaillant outre mesure pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa mère infirme, s'imposant les plus grandes privations et, par économie, couchant dans les granges, dans les champs, quelquefois près des marais, est prise le 12 août, à la suite d'une fatigue très-grande, d'une violente céphalalgie ; la nuit, elle croit avoir eu du délire ; chaleur du corps intense ; mêmes phénomènes toutes les nuits, jusqu'au 18 ; ce jour, lassitude telle qu'elle ne peut plus marcher ; sueur, fièvre brûlante et délire la nuit. Elle se fait conduire à Nantes et entre à l'hôpital (service de M. Bonamy).

Premier jour, soir. Très-grande faiblesse, décubitus sur le dos, aucun mouvement, réponses lentes, peau chaude, pouls faible, fréquent, 94 à 96, face rouge par plaques ; état de faiblesse extrême. On ne pratique ni l'auscultation ni la percussion. (Potion tonique.)

Deuxième jour, matin. Toujours grande faiblesse, cependant un peu de mieux ; repos la nuit ; 88 pulsations ; un peu de céphalalgie, face pâle, peu d'appétit. (Potion tonique, sinapismes.) Le soir, même état.

Troisième jour, matin. Violent frisson la nuit dernière vers qua-

tre heures ; ce matin, agitation, face rouge, yeux injectés, peau chaude couverte de sueur ; 110 à 112 pulsations ; pouls faible, très-dépressible, céphalalgie frontale vive, douleur sus et sous-claviculaire des deux côtés, dyspnée intense (40 respirations), toux fréquente, peu pénible, crachats rouillés, glutineux, adhérents au vase, râles crépitants, abondants, au sommet des deux poumons ; en avant, à droite, au-dessous de la clavicule, souffle bronchique et bronchophonie ; mêmes phénomènes moins marqués à gauche ; en arrière, dans les fosses sus-épineuses, râles crépitants assez nombreux, matité correspondante au souffle des deux côtés. (Sulfate de quinine, 1gr,20 ; potion avec tartre stibié, 0gr,10.)

Soir. Le pouls est tombé à 80 ; assez bon état.

Quatrième jour. La figure de la malade respire la joie ; elle se sent très-bien et demande à manger. Plus de douleur thoracique, de toux, d'expectoration, de matité anomale. A l'auscultation, respiration rude au sommet des deux poumons ; çà et là quelques râles humides et réunis en groupe dans les efforts de toux, mais plus gros et plus humides que ceux de la veille (râles de retour), pas de traces de souffle bronchique ni de bronchophonie ; 78 pulsations, 20 respirations ; les règles sont venues cette nuit, c'est leur époque. (Sulfate de quinine, 1gr,20 ; même potion.) Le soir, même état, pas de râles.

Cinquième jour. Nouvel accès le matin, mais réduit de beaucoup, et avec lui réapparition des principaux signes : frisson prolongé, dyspnée, toux ; 36 respirations ; crachats safranés, douleurs thoraciques, fièvre ; 96 pulsations ; râles crépitants et souffle bronchique ; matité notable et phénomènes généraux assez intenses. Suppression brusque des règles. A la suite de l'accès, qui dure jusqu'à midi, abondante diaphorèse et très-grande faiblesse. (Sulfate de quinine, 1gr,50 ; quatre sangsues aux cuisses.) Le soir, persistance des signes stéthoscopiques ; pourtant meilleur état, quoique très-faible ; 84 pulsations, 26 respirations, toux et expectoration toute la journée.

Sixième jour, matin. Etat général très-satisfaisant ; plus de fièvre, peau fraîche, calme parfait, 76 pulsations ; les règles ont reparu ; presque plus de toux, expectoration peu considérable. Un peu de matité relative des deux côtés, au-dessus des clavicules et dans les fosses sus-épineuses ; le souffle s'entend encore en partie, mais faible et éloigné ; râles crépitants abondants, à bulles plus grosses et moins sèches. (Sulfate de quinine, 1gr,50.) Le soir bon état ; mêmes râles crépitants, pas de souffle.

Septième jour. La malade va très-bien, sauf la faiblesse ; l'accès a manqué ; rien d'anomal à l'auscultation ou à la percussion.

A partir de ce jour jusqu'au 29, époque à laquelle la malade désire sortir, il ne survient rien de nouveau. Le sulfate de quinine est donné à doses progressivement décroissantes ; et la malade emporte le conseil de reprendre l'antipériodique à des époques déterminées.

De la valeur comparative de la médication stibiée et de la médication arsenicale dans le traitement de la chorée. — Nous empruntons les éléments de cette comparaison à la thèse d'un jeune docteur, M. Long, qui a profité de son séjour à l'hôpital Sainte-Eugénie pour recueillir dans les services de M. Bergeron et de M. Boucher tous les faits de traitement par ces deux médications.

Les observations du traitement par l'émétique à haute dose sont au nombre de douze.

Obs. I. Garçon, 6 ans ; deuxième attaque ; durée antérieure, 8 jours. Entre le 26 mars. Chorée de moyenne intensité. Première série, 0,15, 0,30, 0,45. Erysipèle de la face et abcès intercurrent. Disparition des mouvements choréiques. Sort guéri le 15 avril.

Obs. II. Garçon, 5 ans ; première attaque ; durée antérieure, 4 jours. Entre le 6 juillet. Hémi-chorée générale assez intense. Première série, 0,15, 0,30, 0,45 ; deuxième série, 0,20, etc. ; troisième série, 0,25, 0,50, 0,55. Au bout de 18 jours, calme. Sort guéri le 20 août. Durée totale, 34 jours ; durée du traitement, 18 jours.

Obs. III. Garçon, 14 ans ; première attaque ; durée antérieure, 16 jours. Entre le 4 février. Chorée générale peu intense. Julep émétisé. Trois séries. A la troisième série, calme pendant quelques jours. On commence trois nouvelles séries le 17 mars. Le 6 août, à la fin de la dernière série, il n'y a plus qu'un peu d'agitation. La gymnastique et les bains sulfureux améliorent la guérison. Sort guéri le 13 août. Durée totale, 85 jours ; durée du traitement, 58 jours.

Obs. IV. Garçon, 8 ans ; première attaque ; durée antérieure, 10 jours. Chorée de moyenne intensité, générale. Entre le 30 décembre. Trois séries de tartre stibié, 0,15, 0,30, 0,45. Pas de modification des mouvements. *Insuccès.* Bains sulfureux. Sort le 28 février. Amélioration.

Obs. V. Garçon, 7 ans ; troisième attaque ; durée antérieure, 8 jours. Entre le 30 décembre. Hémi-chorée droite. Deux séries d'émétique, 0,15 0,30, 0,45. Repos de trois jours ; déjà améliora-

tion notable. Deuxième série, 0,20, 0,40, 0,60. Calme ; le 10 janvier tout mouvement a disparu. Sort guéri le 17 janvier. Durée totale, 18 jours ; durée du traitement, 9 jours.

Obs. VI. Garçon, 10 ans ; troisième attaque (les deux attaques précédentes traitées par l'émétique et les bains sulfureux) ; durée antérieure, 2 mois. Entre le 10 mars. Trois séries d'émétique ; guérison. Sort le 10 avril. Durée totale, 90 jours ; durée du traitement ; 30 jours.

Obs. VII. Jeune fille, 14 ans ; première attaque, survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde ; durée antérieure, 21 jours. Entre le 22 janvier. Chorée générale et assez forte. Emétique à cinq reprises différentes pendant trois jours, avec des intervalles de repos de trois jours : 1° émétique, 0,25, 0,30, 0,35 ; 2° émétique, 0,25, 0,30, 0,35 ; 3° émétique, 0,35, 0,40, 0,45 ; 4° émétique, 0,40, 0,45, 0,50 ; 5° émétique, 0,50, 0,55, 0,60. Très-peu de diminution des mouvements. Le 10 mars, on commence l'arséniate de soude, et le 13 avril les mouvements ont disparu. Elle sort guérie. Durée totale, 101 jours. *Insuccès de l'émétique.*

Obs. VIII. Jeune fille, 14 ans ; troisième attaque ; durée antérieure, 15 jours. Chorée générale moyenne. Entre le 18 juin. Le 1er juillet on commence une première série de potions émétisées : émétique, 0,25, 0,35, 0,50. Nausées continuelles, sans vomissements, trois selles diarrhéiques. Le tartre stibié est suspendu ; les accidents cessent ; bains sulfureux. Sort guérie le 15 juillet. Durée totale, 42 jours. *Intolérance de l'émétique.*

Obs. IX. Jeune fille, 10 ans ; première attaque. Chorée suite de rhumatisme ; durée antérieure, 10 jours. Entre le 5 novembre. Pendant cinq jours, armatures métalliques, sans résultat. Quatre séries de potions stibiées, à trois jours d'intervalle les unes des autres. Guérison le 1er décembre. Durée totale, 35 jours ; durée du traitement, 24 jours.

Obs. X. Jeune fille, 14 ans ; cinquième attaque. Hémi-chorée gauche ; durée antérieure, 15 jours. Entre le 9 avril. D'abord bains sulfureux ; pas d'action. Elle prend, à partir du 7 mai, les trois séries de potions émétisées, sans modification bien notable du mouvement, et la dernière série est mal supportée ; plusieurs vomissements et diarrhée. Sort le 25 mai, dans le même état. *Insuccès.*

Obs. XI. Jeune fille, 9 ans ; deuxième attaque ; durée antérieure, 1 mois. Entre le 20 mai. Chorée générale. Tartre stibié, 0,20, 0,25, 0,30. Nausées continuelles et vomissements. Après trois jours d'intervalle, deuxième série d'émétique, 0,25. Vomissements,

diarrhée cholériforme, mouvements choréiques dans le même état. Le 12 juin, sirop de strychnine, 10 grammes; on augmente tous les jours de 5 grammes. Le 30 juin, guérison. Durée totale, 62 jours. *Intolérance de l'émétique.*

Obs. XII. Jeune fille, 10 ans; troisième attaque; durée antérieure, 2 mois. Entre le 29 avril. Hémi-chorée droite. Tartre stibié, 0,20, 0,25, 0,30. Trois séries, à trois jours d'intervalle. Sort guérie le 30 mai. Durée totale, 93 jours; durée du traitement, 30 jours.

En résumé, sur ces 12 cas, 6 guérisons, 5 insuccès complets. La plus longue durée du traitement a été de 58 jours, la plus courte de 9 jours. Deux fois la potion émétisée n'a pu être tolérée et a dû être suspendue, à cause des accidents gastro-intestinaux qu'elle déterminait.

Mettons en regard des observations précédentes celles, au nombre de 14, dans lesquelles la médication arsenicale a été employée.

Obs. I. Jeune fille, 10 ans; première attaque; durée antérieure, 3 mois. Entre le 23 juillet. Chorée générale, de moyenne intensité. Bains sulfureux et gymnastique jusqu'au 15 octobre. Amélioration. Depuis lors, 1 milligramme, puis 2 milligrammes d'arséniate de soude, dans 120 grammes d'eau. Sort guérie le 16 novembre. Durée totale, 7 mois; durée du traitement arsenical, 1 mois.

Obs. II. Jeune fille, 10 ans; troisième attaque; durée antérieure inconnue. Entre le 3 juin. Arséniate de soude, 2 milligrammes. Sort guérie le 13 juin. Durée du traitement, 10 jours.

Obs. III. Jeune fille, 12 ans; troisième attaque; durée antérieure, 1 mois. Entre le 23 novembre. Chorée générale. Arséniate de soude, de 5 milligrammes à 1 centigramme. Le 2 janvier, guérison complète. Durée totale, 70 jours; durée du traitement, 48 jours.

Obs. IV. Jeune fille de 11 ans; première attaque; durée antérieure, 1 mois. Entre le 30 août. Chorée gauche. Vératrine administrée sans succès du 31 août au 13 septembre; plusieurs bains sulfureux; la chorée s'améliore un peu, puis reste stationnaire. Le 19 décembre, arséniate de soude, de 2 à 20 milligrammes. Sort guérie le 20 janvier. Durée totale, 170 jours; durée du traitement, 30 jours.

Obs. V. Garçon, 11 ans; deuxième attaque; début le 16 octobre. Chorée générale. Le 4 novembre on commence le chloroforme ou potion (2gr,50 dans 60 grammes d'eau, puis 6, 9 et 12). Aucune amélioration. Le 12 novembre, arséniate de soude, depuis

5 milligrammes jusqu'à 2 centigrammes. Le 30 décembre, sort guéri. Durée totale, 74 jours; durée du traitement, 48 jours.

Obs. VI. Jeune fille, 8 ans; troisième attaque. Entre le 6 décembre; durée antérieure, 8 jours. Du 8 au 18 décembre inhalations de chloroforme sans succès. Le 19 décembre, arséniate de soude, de 2 à 8 milligrammes. Le 28 janvier, guérison. Durée totale, 60 jours; durée du traitement, 39 jours.

Obs. VII. Jeune fille de 7 ans; première attaque; durée antérieure, 5 jours. Entre le 3 février. Chorée générale moyenne. Arséniate de soude, de 10 à 25 milligrammes. Guérison le 20 février. Durée totale, 22 jours; durée du traitement, 17 jours.

Obs. VIII. Garçon, 14 ans; première attaque; durée antérieure, 21 jours. Entre le 7 mars. Chorée générale. Arséniate de soude, de 5 à 25 milligrammes. Sort guéri le 30 mars. Durée totale, 44 jours; durée du traitement, 23 jours.

Obs. IX. Jeune fille, 8 ans; première attaque; durée antérieure, 1 mois. Entre le 13 janvier. Arséniate de soude. Guérison le 15 février. Durée totale, 57 jours; durée du traitement, 28 jours.

Obs. X. Jeune fille, 5 ans; première attaque; durée antérieure, 10 jours. Entre le 12 septembre. Chorée générale. Insuccès de la vératrine : disparition des mouvements choréiques à gauche; persistance à droite. On cesse la vératrine le 2 octobre. Bains sulfureux jusqu'au 19 novembre. On commence l'arséniate de soude, de 1 à 10 milligrammes. Guérison le 10 janvier. Durée totale, 130 jours; durée du traitement arsenical, 50 jours.

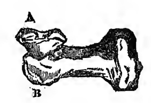
Obs. XI. Jeune fille, 11 ans; première attaque; durée antérieure, 8 jours. Entre le 3 mai. Chorée générale peu intense. Insuccès des armatures. Le 15 mai, arséniate de soude, de 5 à 10 milligrammes. Le 6 juin, guérison. Durée totale, 41 jours; durée du traitement, 20 jours.

D'où il suit que la guérison a été obtenue dans tous les cas sous l'influence de ce médicament, et cela sans aucune influence fâcheuse sur le tube digestif, les malades voyant au contraire leur état général s'améliorer, prenant des forces et de l'embonpoint. La durée du traitement la plus longue a été de 48 jours, la plus courte de 10 jours.

Nous croyons donc que ces résultats sont suffisants pour encourager les praticiens à commencer le traitement de la chorée par la médication arsenicale, sauf à passer à d'autres médications si le succès ne répond pas à leur attente. Ce qui est certain, c'est que dans l'état actuel de la thérapeutique les préparations arsenicales occu-

pent le premier rang parmi les préparations pharmaceutiques qui ont été proposées contre cette maladie. La strychnine et le tartre stibié ne viennent que sur un plan inférieur.

Exostose sous-unguéale. — Amputation de la phalange dans la partie moyenne. — Guérison. — On sait combien les chirurgiens sont encore divisés d'opinion dans la conduite à tenir relativement aux exostoses sous-unguéales. M. Debrou nous paraît pourtant avoir tranché à peu près la question, lorsqu'il a démontré que l'exostose A s'implante toujours sur le sommet de la phalangette B par une partie rétrécie, véritable col qui, sur le gros orteil d'un adulte vigoureux, mesure 10 millimètres au moins. On a donc à peu près 1 centimètre d'espace entre l'exostose et le lieu d'implantation à la base, et il est facile, par conséquent, d'enlever la tumeur, en faisant une section au milieu du col.



F. 1. Exostose sous-unguéale.

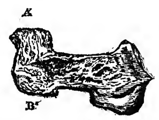


Fig. 2. Coupo de l'exostose et de la phalangette.

Le procédé opératoire proposé et mis en usage par M. Debrou consiste par conséquent à faire la section de la phalangette à l'union de son col avec sa base, en respectant l'articulation et les tendons. Pour cela, on fend l'ongle d'avant en arrière avec une paire de ciseaux aigus, et l'on arrache les deux moitiés de l'ongle avec une pince ; ensuite, avec un bistouri droit et pointu, on fait une incision sur le dos de la phalange, à la place où était l'ongle, et l'on prolonge en avant cette incision sur les côtés de la tumeur, de manière à circonscrire et à déchausser le sommet de la phalangette; alors, avec la pince de Liston, on rompt l'os au ras de la base, et l'on retire ce qui est en avant et qui porte la tumeur. Il en résulte une plaie creuse, qu'on ne doit pas chercher à réunir par première intention. Il faut attendre que les bourgeons charnus la comblent, afin de conserver à l'extrémité de l'orteil sa largeur et pour que l'ongle, en repoussant, puisse s'y étaler.

A l'appui de ce procédé opératoire, nous empruntons au service de M. Foucher l'observation suivante :

Un jeune homme de dix-sept ans, fondeur en cuivre, blond, pâle, de petite taille, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hôpital le 22 juin. Il y a deux mois et demi, sans antécédents syphilitiques, il a commencé à apercevoir, au bord interne de l'ongle du gros orteil droit, une petite tumeur qui a pris de l'accroissement, sans occasionner ni gêne ni douleur, excepté depuis trois jours.

A la partie interne et antérieure de l'ongle, qui est un peu soulevé, on aperçoit une tumeur formant un grand rebord autour de la moitié interne de l'ongle. Cette grosseur a l'aspect d'une production épidermique ; elle est grise, formée d'écailles, indolente ; en la saisissant avec les doigts, on peut lui faire éprouver un très-léger mouvement de latéralité.

Le 23, pour l'enlever plus facilement, on arrache l'ongle ; on voit alors qu'au-dessus de l'ongle se trouve une petite surface blanche, grosse comme un pois, un peu élevée au-dessus des parties environnantes et qui se continue avec la tumeur extérieure. En enfonçant le bistouri pour couper cette tumeur, on est arrêté par un pédicule osseux qui se continue avec la phalange. Cet obstacle prouve qu'on a affaire à une exostose sous-unguéale.

Le 27, M. Foucher procède à l'enlèvement de l'exostose par le procédé de M. Debrou. Pour cela, il fait une incision antéro-postérieure à la partie supérieure du gros orteil, s'arrêtant à son bord antérieur ; il dissèque les deux lambeaux, interne et externe, en isolant l'exostose ; puis il dissèque la partie inférieure de la phalangette, en renverse les chairs en bas et coupe avec des cisailles la moitié antérieure de la phalange. La tumeur présente la même structure que toutes les autres exostoses ; la tumeur extérieure était bien de l'épiderme qui s'est détaché après l'opération, ce qui explique sa mobilité.

Le 28, douleur assez vive au niveau de la plaie ; le malade se plaint de toute la face interne du membre inférieur ; quelques ganglions inguinaux durs et douloureux ; pas de vomissements ni de nausées ; 96 pulsations.

Le 29, céphalalgie, fièvre intense ; 120 pulsations ; nausées, grande prostration, angio-leucite manifeste, traînées rouges s'étendant sur tout le membre ; adénite. L'érysipèle se dessine davantage le lendemain, et le 1er juillet il a envahi toute la moitié de la cuisse ; il s'étend encore les jours suivants ; mais le 5, il se calme, et le 8,

le malade entre en convalescence ; pas d'autre traitement que douze sangsues, des frictions mercurielles et des purgatifs.

Le 15, la plaie est presque cicatrisée et le malade sort.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Alcoolisme (*Asaret et diverses formules empruntées à la pratique des médecins russes, contre l'*). Le docteur Smirnoff déclare avoir eu lieu de se convaincre par des essais répétés que l'*asarum europœum* mérite bien la réputation qu'a cette plante en Russie d'être un excellent remède contre les effets des liqueurs alcooliques. L'influence de l'abus prolongé de ces sortes de boissons est d'abord limitée; mais plus tard la dyspepsie se produit, et la nutrition et les fonctions de l'économie tout entière, spécialement celles des portions centrales du système nerveux, étant atteintes, le sang lui-même se trouvant chargé d'une substance étrangère nuisible, la *dyscrasia potatorum* finit par s'établir complétement. L'asaret remplit plusieurs indications, agissant avantageusement sur le canal alimentaire dans ces sortes de cas où les facultés digestives sont si fort déprimées. En vertu de son principe aromatique, il est doué de propriétés stomachiques, et il régularise l'état des évacuations intestinales, produisant le vomissement et la purgation quand il est administré à fortes doses. Son action la plus favorable, toutefois, se manifeste en relevant l'appétit défaillant et en neutralisant le besoin factice mais irrésistible de l'alcool. Les horribles sensations avec lesquelles le buveur s'éveille le matin, et qui le poussent à chercher un soulagement temporaire et illusoire dans de nouvelles libations, sont amorties et mitigées au moyen d'un verre d'une forte infusion d'asaret et de quelque autre médicament nervin, comme la valériane, par exemple. Son effet immédiat est souvent de produire le vomissement et quelquefois la purgation; mais les sensations pénibles à l'épigastre reçoivent du soulagement et l'appétit se relève. Les individus qui ont été habitués pendant longtemps aux boissons alcooliques ne peuvent toutefois en supprimer impunément l'usage d'une manière soudaine; dans de tels cas l'auteur donne l'asaret dans de l'eau-de-vie, et applique en même temps un vésicatoire ou un autre exutoire au creux épigastrique. Par ces moyens l'estomac reprend son activité normale et le goût déréglé pour l'alcool diminue. L'auteur cependant ne peut être d'accord avec ceux qui voudraient encore permettre une petite quantité de liqueurs spiritueuses aux sujets qui en ont fait un abus habituel, alors que l'appétence morbide est apaisée. L'usage continu d'une décoction d'asaret, même quand il ne réussit pas à éteindre cette appétence, soutient la résistance du malade; et c'est une chose remarquable, dans certains cas où les buveurs sont accoutumés depuis longtemps à éprouver à certains intervalles les effets de l'alcool et à avoir des attaques de *delirium tremens*, de voir combien ces intervalles deviennent plus longs et combien le délire tremblant a moins de disposition à se produire. Les malades eux-mêmes sont quelquefois surpris de l'impunité relative avec laquelle ils peuvent continuer à se livrer à leur funeste passion. L'auteur prescrit de 3 à 4 verres par jour d'une infusion préparée avec 3 onces de racine d'asaret, 1 once de racine de valériane et 1 demi-once d'écorce d'orange; il est regrettable qu'il n'indique pas la quantité d'eau employée. Dans les cas d'ivresse, il donne une autre formule, savoir : 6 onces de décoction d'asaret (de 1 demi-once à 1 once de racine), 2 ou 3 gros de teinture de valériane, 12 gouttes de laudanum de Sydenham et 1 demi-once de sirop d'écorce d'orange, pour une potion à prendre par cuillerée à bouche de deux en deux heures. Il regarde l'administration de 2 à 5 grains de bismuth répétée quatre fois par jour comme formant un moyen auxiliaire avantageux. Il a également trouvé le remède suivant, populaire en Russie, très-utile pour combattre l'ivresse : carbonate d'ammoniaque, 1 demi-once; vinaigre de vin, 1 livre; oxymel scillitique, 1 demi-once, deux

cuillerées à bouche toutes les deux heures. (*Med. Zeit. Russland*, et *Med. Times and Gaz.*, juillet 1860.)

Amaurose albuminurique. *Bons effets de la méthode perturbatrice.* Les praticiens sont encore assez peu fixés sur le traitement qu'il convient d'appliquer à l'amaurose albuminurique, et cela par une bonne raison, c'est que cette amaurose, bien que dépendant d'une même origine, est assez variable elle-même dans son essence, tantôt congestive, tantôt dépendant d'altérations morbides de la rétine, d'autres fois purement dynamique. Le traitement doit évidemment varier suivant ces diverses circonstances. Dans un cas de cette dernière espèce, M. le docteur Hamon, de Fresnay-sur-Sarthe, s'est bien trouvé de l'usage de la méthode perturbatrice qu'il érige en principe. Voici comment il l'a mise en œuvre.

Une femme atteinte d'albuminurie depuis le mois de décembre 1857 accusa pour la première fois quelques troubles visuels (héméralopie), vers la fin du mois de février 1860. Dans les premiers jours d'avril survint de la diplopie. Le 15 du même mois, les troubles visuels atteignirent leur summum d'intensité. « Ce jour-là, dit M. Hamon, la malade, à ma vue, se mit à sangloter : elle me voyait deux têtes! La veille au soir, on lui avait mis sous les yeux une lumière dont elle n'avait même pas perçu la clarté. » En présence d'une affection aussi grave, notre confrère jugea convenable d'intervenir énergiquement. Il venait tout récemment de tirer un excellent parti de la médication perturbatrice, dans un cas d'aphonie alcoolique : il résolut de recourir au même mode de traitement. Considérant l'affection oculaire dont cette malade était atteinte comme étant de nature dynamique, il administra immédiatement une potion vomitive. Dès le soir même, amélioration très-sensible. Le lendemain, la malade ne voyait plus doubles que les petits objets. Encouragé, d'un autre côté, par la diminution de la hauteur du précipité albumineux qui, sous l'influence de la médicatiun perturbatrice, avait subi, dans les trois heures consécutives à l'administration de l'émétique, une diminution de 0m,015 dans son albuminomètre, il n'hésita pas à prescrire une nouvelle potion vomitive pour le lendemain. Cette seconde épreuve aboutit également à une diminution sensible de la hauteur du précipité albumineux, qui subit un abaissement comparatif de 0.01. Pour ce qui est des troubles visuels, la médication perturbatrice a porté les plus heureux fruits. L'affection oculaire a été presque aussitôt jugée et ne s'est point reproduite depuis.

Rapprochant ce fait d'un autre cas rapporté par Sandras, et qui est relatif à une femme albuminurique qui fut atteinte en une nuit d'une cécité complète, laquelle cécité se dissipa spontanément en quelques jours, M. Hamon se demande si sa malade n'eût pas eu, ainsi que celle de Sandras, la même chance d'être débarrassée de son affection oculaire par les seuls efforts conservateurs de la nature, s'il se fût abstenu d'agir. On peut assurément poser cette question; mais nous sommes parfaitement de l'avis de notre confrère, lorsqu'il dit « que si l'expectoration a, dans certains cas des avantages, elle a aussi ses dangers, et qu'il est toujours d'une bonne et saine pratique de ne s'en point rapporter uniquement aux seules ressources de l'organisme, toutes les fois que l'on pourra, sans aucun péril, lui prêter une assistance efficace et salutaire. » (*Union médicale*, septembre 1860.)

Angine gangréneuse primitive; *aphonie complète par la propagation de la gangrène vers les parties profondes; accidents généraux graves; emploi du perchlorure de fer à l'intérieur; guérison.* L'observation suivante est remarquable à double titre : comme exemple rare d'angine gangréneuse primitive,— ces sortes d'angine étant généralement secondaires et symptomatiques de fièvres graves,— et comme preuve de l'action puissante du perchlorure de fer dans un cas où tout semblait annoncer une fin funeste.

Le 2 juin dernier, M. H. Mussel fut appelé près d'un jeune homme de vingt-deux ans qui se plaignait de fièvre, de céphalalgie, malaise, etc. Le pouls était à 120, la langue verte, poracée; il existait un peu de dysphagie. Les amygdales étaient le siége d'un travail congestif considérable; elles étaient rouges, tuméfiées et recouvertes, principalement la gauche, d'un enduit crémeux, pultacé, *non adhérent*. M. Mussel prescrivit une potion vomitive au tartre stibié et à l'ipéca, qui fut suivie de nombreux vomissements et de selles abondantes,

et un gargarisme acidulé. Le lendemain, ne constatant aucun amendement dans les symptômes précédents, et vu l'état du pouls, qui était toujours vif et fort, il pratiqua une saignée de 500 grammes. Les choses en restent là pendant trois jours. Les amygdales semblent même se dégorger; les enduits pultacés se détachent; le pouls baisse. Tout à coup, la fièvre se rallume; la peau redevient sèche, brûlante. Une anxiété générale se produit et le délire survient. Une série de ganglions cervicaux, disposés en chapelet, apparaît le long du sterno-mastoïdien. Une odeur fétide, gangréneuse, repoussante, s'exhale de la bouche. Un changement complet s'était produit dans les amygdales. Elles étaient d'une couleur grise, principalement la gauche, affaissées et comme vacillantes. Séance tenante, M. Mussel touche l'arrière-gorge avec une solution concentrée de nitrate d'argent, afin de limiter l'escarre déjà formée et de provoquer plus promptement son élimination. (Gargarisme avec décoction de quinquina, acide sulfurique affaibli et alcool camphré ; limonade vineuse. Vésicatoire à la jambe, pour cumbattre le subdélirium.)

La gangrène gagne l'arrière-gorge, la voix s'éteint. On arrache avec des pinces des lambeaux d'amygdales et tout ce qui est accessible est reséqué à l'aide d'un bistouri boutonné. Une salivation sanieuse, fétide, se déclare. Il existe aussi une toux quinteuse, grasse, humide, qui arrache péniblement des mucosités filantes, chargées de stries sanguinolentes et traînant avec elles des débris mortifiés. (Continuation du gargarisme antiseptique, et, dans l'intervalle, insufflation d'une poudre d'alun, de quinquina, de benjoin et de camphre ; pansement du vésicatoire avec l'extrait de quinquina, camphre.) Tout à coup, en changeant le malade de linge, on trouve sur la partie droite du thorax, jusque dans le creux axillaire, une large plaque ecchymotique, d'une teinte noirâtre marbrée. Ce symptôme inattendu ayant paru des plus graves, M. Mussel songea à substituer des moyens plus actifs à la thérapeutique qu'il avait employée jusque-là et dont l'événement lui démontrait l'impuissance. Il eut recours au perchlorure de fer dont il prescrivit 2 grammes dans une potion gommeuse de 190 grammes, à prendre dans la journée. Il fit pratiquer en même temps sur tout le corps des frictions sèches avec la poudre de quinquina, de camphre, de benjoin, et continua le même gargarisme. Dès le lendemain, une amélioration sensible se manifesta ; la fièvre était calmée, le délire disparu. Le perchlorure de fer fut continué. La tache ecchymotique pâlit; l'haleine cessa d'être fétide, les amygdales se détergèrent ; la voix resta éteinte. On suspendit le quatrième jour l'administration du perchlorure ; le malade en avait pris 6 grammes.

Le 26 juin, ce malade, qui avait été presque moribond, était complétement revenu à la vie. Aujourd'hui sa voix est revenue, et il a retrouvé sa santé première. (*Union médicale*, septembre 1860.)

Carie dentaire. *Action anésthésique de l'application topique du sulfate d'atropine.* Désireux d'étudier l'action des principes stupéfiants des solanées sur les dernières ramifications nerveuses, M. Bergouhnioux a appliqué une solution d'un sel d'atropine directement sur la pulpe dentaire préalablement dénudée. Dans les cas où cette pulpe, sans être le siége d'une inflammation aiguë, est pourtant douloureuse, une ou deux gouttes de solution au centième de sulfate d'atropine produisent instantanément une anésthésie telle, que l'application de rugines et d'excavateurs est dès lors facilement supportée. En tête des applications les plus heureuses de cette anésthésie, M. Bergouhnioux cite l'introduction du pivot des dents artificielles dans les racines vivantes, c'est-à-dire sans que le chirurgien ait besoin de détruire le nerf et les vaisseaux dentaires par la cautérisation. (*L'Art dentaire.*)

Eclampsie puerpérale *guérie par la compression des carotides.* La compression des carotides a été souvent employée avec succès dans divers états pathologiques où la congestion encéphalique joue un rôle plus ou moins important, dans l'épilepsie, par exemple, et dans l'éclampsie, notamment chez les enfants. Voici un cas dans lequel ce moyen, employé avec une persévérance rare, il faut en convenir, est parvenu à mettre un terme à une éclampsie puerpérale des plus graves, et qui avait opiniâtrément résisté aux médications les plus rationnelles et les plus énergiques.

Marie F***, âgée de vingt et un ans, avait dépassé le huitième mois d'une première grossesse et se portait à mer-

veille lorsque, le 23 avril dernier, après avoir travaillé, comme de coutume, toute la journée, elle trébucha en se levant, tomba à la renverse sur l'angle d'un meuble et se contusionna fortement la région sacrée. Une heure après cet accident, il s'établit un travail prématuré qui se termina bientôt par un accouchement naturel; puis, à peine la délivrance était-elle achevée que survinrent de violentes attaques d'éclampsie. On appliqua aussitôt des sangsues aux apophyses mastoïdes et aux tempes, et des sinapismes aux extrémités inférieures; mais loin de se modérer, les attaques se succédèrent avec plus d'intensité et avec une rapidité si effrayante que, à part de courts intervalles de coma profond, elles étaient presque incessantes. Une large saignée pratiquée le lendemain et l'administration d'une potion ammoniacale n'eurent pas plus de succès. Il y avait une vingtaine d'heures que les convulsions se répétaient avec opiniâtreté. M. le docteur Labalbary songea alors à avoir recours à la compression des carotides, d'après la méthode de M. Bland, de Beaucaire, c'est-à-dire en rapprochant l'une de l'autre les deux artères, et en les appuyant fortement contre la partie inférieure des régions latérales du larynx avec le pouce et l'index. Dès la première tentative, l'attaque à laquelle la malade était en proie perdit de son intensité et de sa durée. Bientôt il put, à l'aide de cette double compression, se rendre maître des attaques subséquentes et les arrêter aussitôt que l'état convulsif tendait à se produire. Toutefois M. Labalbary avoue que ce ne fut pas sans beaucoup de peine qu'il parvint à triompher ainsi de ces convulsions, car il n'eut pas recours moins de cent cinquante fois à la compression, dans les vingt-quatre heures de lutte qu'il lui fallut subir. Encore la perte de connaissance et le coma ont-ils persisté longtemps après les dernières convulsions; et ces accidents n'ont cédé définitivement qu'à l'emploi combiné de deux larges vésicatoires appliqués aux jambes, et du calomel prescrit à la dose de 50 centigrammes à prendre en trois fois, à une demi-heure d'intervalle. (*Gazette des hôpitaux*, septembre 1860.)

Gencives (*Affection très-commune et non décrite des*) *occasionnant la perte des dents*. Dans une note communiquée à l'Académie des sciences, M. Marchal (de Calvi) a signalé à l'attention des praticiens une affection peu connue, ou du moins non encore décrite, bien que très-commune, et qu'il propose de désigner sous le nom de *gengivite expulsive*, pour exprimer les deux faits pathologiques principaux qui la constituent: l'inflammation des gencives, et l'expulsion des dents hors de leurs alvéoles, qui en est la conséquence.

Il y a, dit M. Marchal, dans la gengivite expulsive, des variétés de forme et des variétés de siége. La gengivite est suppurante, ulcéreuse ou végétante; elle est générale ou partielle, quelquefois intra-alvéolaire. Enfin, quelquefois, elle débute par un petit phlegmon qui s'abcède, s'ouvre et laisse la dent déchaussée; d'autres fois, c'est par une inflammation simple, sans tumeur phlegmoneuse ni abcès.

Les symptômes et accidents sont: la douleur, qui est souvent très-aiguë au contact du chaud et du froid, et toujours vive quand les dents se rencontrent et se pressent; la gêne extrême de la mastication, qui est incomplète et hâtée; l'élongation apparente des dents, leur ébranlement, leur écartement ou déviation, qui est parfois le premier signe noté par les malades; une angoisse soudaine quand les dents ébranlées croisent les dents correspondantes, ce qui se produit avec un bruit de *craquement*; la mauvaise odeur de la bouche; un bruit plus sourd de la dent ébranlée à la percussion légère avec un corps dur, etc.

Les causes de la gengivite expulsive sont: avant tout l'hérédité, puis le froid, surtout le froid humide; la présence du tartre; la grossesse et l'allaitement; le mauvais état de l'estomac.

Le remède de cette affection, suivant M. Marchal, est l'iode employé en topique. Il ne l'emploie pas sous forme de teinture (à moins d'indications exceptionnelles), s'étant aperçu que l'alcool, en resserrant les tissus, fait obstacle à l'action modificatrice et, si l'on peut dire ainsi, à la pénétration de l'iode. Il se sert généralement de la solution aqueuse, à des degrés divers. Commençant par la solution de Lugol pour les bains iodés, il arrive successivement à des solutions très-concentrées. Dans le premier cas de ce genre où il a fait usage de cette médication, trois grosses molaires, parfaitement saines, avaient été extraites en moins d'un an, par suite de gengivite expulsive, et trois autres dents, savoir: deux petites molaires et l'inci-

sive médiane droite, étaient ébranlées et regardées comme perdues par un dentiste expérimenté. Elles furent consolidées.— Une indication spéciale de l'emploi topique de l'iode se déduit de la difficulté que la gengivite persistante apporte à l'usage des pièces artificielles; car ce n'est pas assez d'avoir perdu leurs dents, il est des personnes pour qui le supplice se perpétue et que la prothèse dentaire assujettit à une mastication douloureuse autant qu'imparfaite.

L'iode ne constitue pas toujours à lui seul toute la thérapeutique de la gengivite expulsive, et le traitement n'en est pas si simple et si uniforme. D'autres moyens concourent ordinairement au résultat, et tout un système de précautions est indispensable. Sous cette réserve, M. Marchal ne craint pas d'engager sa responsabilité en formulant la proposition suivante:

On possède dans l'iode un moyen, ou de guérir la gengivite expulsive et d'empêcher la perte des dents, lorsque l'affection n'est pas trop avancée, ou, dans le cas contraire, d'atténuer le mal, de suspendre sa marche, de borner ses ravages, et de retarder la perte des dents. (*Union médicale*, septembre 1860.)

Nitro-benzine. *Innocuité de cette substance.* On a cherché à utiliser ce nouveau corps, qui possède une odeur presque identique à celle de l'essence d'amandes amères, pour parfumer les huiles de poisson. Quelques critiques ont repoussé cette tentative, sous prétexte que l'essence de mirbane (nitrobenzine) possédait des propriétés vénéneuses. M. Collas vient s'inscrire en faux contre cette assertion et rappelle que M. Lassaigne, professeur de chimie à Alfort, a fait, sur sa demande, il y a plus de dix années, de nombreux essais qui ont prouvé l'innocuité de cette substance. Des chiens de moyenne taille prenaient jusqu'à 6 et 8 grammes de mirbane par jour, et cette quantité n'avait d'autre résultat que de parfumer leurs déjections. (*Répertoire de pharmacie*, septembre.)

Suture *avec une nouvelle aiguille, dans un cas de division de la langue; guérison.* Un enfant de quatre mois tomba de son berceau et se divisa la langue transversalement au tiers antérieur et de droite à gauche dans les deux tiers de sa largeur. A l'examen, dix-huit heures après l'accident, le lambeau divisé formait comme une crête de coq s'opposant absolument à la succion du sein. Un médecin avait déjà proposé l'amputation de ce lambeau, mais l'importance de l'organe et l'âge du blessé incitèrent M. le docteur Vilches à en tenter la réunion par quelques points de suture. Ne pouvant se servir, dans ce cas, d'aucune des aiguilles en usage, il en fit fabriquer une spécialement à cet effet. C'est une aiguille ordinaire, peu courbe, montée sur un manche rond et présentant à son extrémité antérieure une espèce d'hameçon ou chas ouvert destiné à recevoir le fil après l'introduction de l'aiguille, et à en ramener un des chefs par l'ouverture d'entrée en la retirant. L'opérateur saisit donc avec une pince fixe le bord droit de la langue, qu'il amena en avant, et, pronant son aiguille de la main droite, il en introduisit la pointe dans l'épaisseur de la division, à deux lignes du bord supérieur; puis, la dirigeant d'avant en arrière et de bas en haut, elle vint sortir sur le dos de la langue, à trois lignes en arrière de la division. Confiant alors les pinces à un aide, il porta avec une pince fine, de la main gauche, l'anse du fil dans le chas de l'aiguille, et, après un mouvement de torsion imprimé à cette aiguille, de la main droite, pour serrer cette anse, il la retira en amenant le fil par l'ouverture d'entrée. Il en fit autant sur la partie médiane de la langue. Dans un second temps plus facile, il introduisit l'aiguille dans le lambeau, à environ trois lignes en avant du bord supérieur de la division, et, la dirigeant d'avant en arrière et de haut en bas, il la fit sortir au milieu de la plaie, pour saisir les extrémités antérieures des fils, et les amener hors de la bouche, en retirant l'aiguille. Cela fait, il aviva les lèvres de la plaie, puis il noua les deux extrémités des fils. Cinq jours suffirent à la réunion, qui s'opéra sans nulle difformité. (*Siglo méd.* et *Union méd.*, septembre 1860.)

Syphilis *transmise par la vaccination.* La transmission de la syphilis par la vaccination a été observée dès le commencement de ce siècle avec la vulgarisation de la vaccine. Mais ce n'est que tout récemment, et à l'occasion d'un procès célèbre qui a ému le public médical, que la question a été remise sur le tapis et sérieusement examinée. Un de nos jeunes confrères, M. le docteur Viennois, ancien interne

de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, vient de publier le résultat de recherches bibliographiques et cliniques pleines d'intérêt, qu'il a faites sur ce sujet, pendant son séjour dans cet hospice. Ne pouvant pas suivre ici l'auteur dans les développements que comportait l'étude de cette délicate et difficile question, nous nous bornerons à reproduire ici les conclusions qui terminent et résument ce remarquable travail :

1° Lorsqu'on vaccine un sujet syphilitique n'ayant la maladie qu'à l'état latent, des accidents syphilitiques peuvent éclater sous l'influence de la vaccine; ces accidents, observés un certain nombre de fois, consistent en éruptions constitutionnelles, papuleuses, vésiculeuses, pustuleuses, etc.; ce n'est jamais un chancre primitif développé au lieu de la piqûre vaccinale.

2° Lorsqu'on recueille du vaccin sur un sujet syphilitique, et qu'on inocule à un sujet sain ce même vaccin, pur et sans mélange de sang, on n'obtient pour résultat que la pustule vaccinale, sans aucune complication syphilitique prochaine ou éloignée.

3° Au contraire, si, avec le vaccin d'un syphilitique porteur ou non d'accidents constitutionnels, on vaccine un sujet sain, et que la pointe de la lancette ait été chargée d'un peu de sang en même temps que du liquide vaccinal, on peut transmettre par la même piqûre les deux maladies : la vaccine avec l'humeur vaccinale et la syphilis avec le sang syphilitique.

4° Dans ces cas, dont il existe de nombreux exemples, la vaccine se développe la première, parce qu'elle a une incubation moins longue et une évolution plus rapide que la syphilis; cette dernière apparaît ensuite et se manifeste tout d'abord par une lésion caractéristique au point inoculé.

5° La lésion initiale par laquelle se manifeste alors la syphilis succède à la pustule vaccinale et se présente sous la forme d'une ulcération indurée, avec adénite multiple; en un mot, avec tous les caractères du chancre syphilitique primitif. La grande et féconde loi posée par M. Rollet, à savoir : que la syphilis commence toujours par le chancre, alors même qu'elle procède d'un accident secondaire ou même du sang syphilitique, est donc ici pleinement confirmée.

6° Après ce chancre primitif, développé au point inoculé et dans les délais ordinaires, la syphilis secondaire éclate et se déroule normalement, sans différer des cas de syphilis transmise par une autre voie.

7° Lorsque le mélange des virus, au lieu de se faire accidentellement, est opéré volontairement (comme MM. Sperino et Baumès l'ont pratiqué à l'égard de l'humeur vaccinale et du pus chancroïde), le résultat est le même, en ce sens qu'un virus ne détruit pas l'autre, contrairement au dire de quelques inoculateurs, et que chaque virus accomplit son évolution distincte.

8° L'humeur vaccinale n'est donc pour le virus syphilitique contenu dans le sang qu'un simple véhicule qui le divise et l'étend, ainsi que le ferait une goutte d'eau, sans modifier en rien ses propriétés ni ses effets.

Il importerait donc de ne jamais emprunter du vaccin à un individu suspect, et, s'il s'agit d'un nouveau-né, de ne pas lui emprunter le vaccin avant l'âge où la syphilis héréditaire se manifeste d'habitude par des signes apparents. Si des circonstances spéciales rendaient cet emprunt nécessaire, il faudrait avoir le plus grand soin de ne recueillir que du vaccin pur, sans aucun mélange de sang ou d'autre humeur syphilitique. En aucun cas on ne devrait vacciner des sujets sains avec du vaccin recueilli sur un sujet syphilitique. Ces précautions sont d'autant plus importantes, qu'avec un seul sujet syphilitique on peut vacciner une foule d'individus à la fois, et leur transmettre à tous ou presque tous la syphilis. (*Archives générales de médecine*, juin, juillet et août 1860.)

Tête (*Blessure dans la région latérale de la*)*; lame de couteau séjournant dans l'épaisseur du cerveau pendant deux ans et huit mois; extraction; guérison*. Bien qu'il existe dans la science plusieurs exemples de blessures graves du cerveau et de séjour prolongé de corps étrangers, compatibles avec la vie, le fait suivant, qui ne fait sous ce rapport qu'ajouter un exemple de plus, ne nous en paraît pas moins digne d'être mis sous les yeux de nos lecteurs.

Un homme âgé de trente-cinq ans, Antoine B***, fut assailli, en août 1857, par un malfaiteur qui lui porta plusieurs coups de couteau en diverses parties du corps. Etourdi du coup, il ne put continuer sa route et fut transporté dans une maison où il reçut les soins de plusieurs médecins. Il souffrit beaucoup de ses blessures, qui avaient porté en divers endroits; une entre autres siégeait à un centimètre au-

dessus du pavillon de l'oreille gauche, sur le pariétal. Les médecins ne songèrent pas à souder cette dernière, et, malgré un état grave qui retint le malade au lit pendant cinq ou six semaines, il se releva et put être transporté chez lui. Mais il devint presque idiot; il fut atteint de fréquentes attaques épileptiformes, et fut incapable de se livrer à ses travaux agricoles habituels. B*** reçut pendant près de trois ans les soins de plusieurs médecins, qui prescrivirent divers traitements. Ce ne fut que dans le mois d'avril dernier qu'il se présenta chez M. Bonnefous, qui apprit alors qu'il était pris de temps en temps d'étourdissements, quelquefois suivis de chute. Il ne se rappelait plus, après chaque attaque, ni le temps qu'il était resté à terre, ni les secours qu'on lui avait donnés. Enfin, il fit savoir qu'après les attaques il rendait quelquefois du sang par la bouche, sans que pourtant sa langue portât la moindre trace de morsure. Portant ses recherches sur le crâne, M. Bonnefous trouva sur le côté gauche, à un centimètre au-dessus du pavillon de l'oreille, selon une ligne verticale qui passerait par le conduit auditif externe, une petite tumeur de la grosseur d'une moitié de haricot, non mobile, assez résistante, recouverte d'une peau saine, mais laissant découvrir les traces presque imperceptibles d'une petite cicatrice, et faisant éprouver au malade une sensation très-pénible à la pression qui, poussée un peu loin, paraissait être bien près de provoquer une nouvelle attaque. Il se décida aussitôt à inciser cette petite tumeur, dans une pensée d'exploration. N'ayant rien senti avec le bout du doigt, il porta dans le fond de la plaie un stylet boutonné, et alors il sentit qu'il touchait à nu un corps dur dont il ne put apprécier la nature. Il chercha à saisir ce corps avec des pinces, d'abord sans résultat; enfin avec de petites tenailles d'horloger, et, après deux essais infructueux, il finit par entraîner une lame de couteau-poignard, de près de 10 centimètres de longueur sur environ 12 millimètres de largeur moyenne et 3 millimètres d'épaisseur au dos. C'est alors que notre confrère apprit la scène qui s'était passée en 1857, plus de deux ans et demi auparavant. Un stylet fut aussitôt introduit dans le crâne, à une profondeur à peu près égale à la longueur de la lame. La direction du stylet fut parfaitement horizontale, le malade étant assis, en sorte qu'il fut indubitablement constaté que la lame était bien réellement tout entière dans la masse cérébrale, et y avait séjourné deux ans et huit mois.

Rien de particulier ne fut noté au moment de l'extraction du corps étranger, ni immédiatement après, soit dans le système musculaire, soit dans les organes des sens. Il y a eu seulement de remarquable qu'après l'opération l'état général, tant physique que moral, n'a pas tardé à s'améliorer. Au reste, les fonctions organiques avaient dû s'exécuter assez régulièrement avant l'opération; le sujet n'était pas maigre, mais il était pâle et avait la peau terreuse; son regard terne s'alliait fort bien avec son air d'indifférence. Le pansement consista dans l'introduction doucement pratiquée d'une mèche imprégnée de cérat, qui fut maintenue à la profondeur de 4 centimètres, et renouvelée pendant une quinzaine de jours dans la plaie. Cependant B*** alla de mieux en mieux à la suite de l'opération. Quelques menaces d'attaques se produisirent encore par deux ou trois fois, mais sans entraîner la chute du malade. Elles n'ont pas reparu depuis plus d'un mois. Aujourd'hui il a repris de la fraîcheur, de la vivacité dans le regard, un air d'intelligence, et il s'est remis à ses travaux. (*Moniteur des sciences*, septembre 1860.)

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

Coup d'œil sur les instruments compresseurs de l'urètre destinés au traitement de l'incontinence d'urine et de la spermatorrhée.

Il existe un grand nombre de médicaments que l'on peut employer contre l'incontinence nocturne d'urine; chaque médication compte un certain nombre

de succès, mais il est des cas contre lesquels viennent échouer les tentatives les mieux dirigées : c'est lorsqu'on a employé inutilement ces moyens qu'il convient surtout de recourir au traitement mécanique, la compression de l'urètre.

Il y a longtemps déjà que l'on avait songé à ce mode de traitement, et nous en trouvons l'indication dans Ravaton, qui paraît l'avoir employé avec beaucoup de succès chez des jeunes garçons et des jeunes filles ; il comprimait l'urètre par le rectum chez les hommes, et par le vagin chez les filles.

« J'ai été consulté bien des fois, dit Ravaton, pour des filles et des garçons qui avaient des pertes habituelles d'urine depuis leur naissance, ce qui les empêchait de se marier. J'ai tenté sans succès différents moyens pour leur guérison, et j'ai vu échouer à cet égard des médecins de réputation. Après avoir bien cherché et réfléchi sur cette maladie, j'ai découvert le bandage ci-après. Pour en concevoir l'utilité, il faut qu'on sache qu'il doit comprimer l'urètre à son origine, sur les os pubis, de la même façon que ferait un doigt appliqué dessus...

« Par ce moyen, on est assuré que les pertes involontaires d'urine les plus anciennes sont arrêtées aussitôt que le bandage est mis en place. Celles qui sont récentes sont guéries en deux fois vingt-quatre heures, et les plus anciennes en moins de trois semaines, parce que le sphincter de la vessie, comprimé à son origine, reprend son premier état de ressort dans cet espace de temps. Ce bandage est aussi utile aux filles et aux femmes qu'aux hommes...

« Des esprits contrariants, accoutumés à fronder toutes les nouveautés qui ne sont point de leur invention, pourraient objecter que la languette en question doit contusionner les parties sur lesquelles elle appuie. Ma réponse à cette objection est que j'ai guéri avec ce bandage plus de trente personnes des deux sexes, sans qu'il soit arrivé le plus léger accident ([1]). »

L'appareil dont Ravaton se servait était formé par une petite plaque en forme de doigt, que l'on introduisait dans l'anus et qui était supportée par une tige courbe, maintenue en place au moyen d'une ceinture. Des courroles maintenaient la plaque périnéale dans une position convenable.

Desault, après avoir étudié les causes de l'incontinence nocturne d'urine et signalé les divers traitements que l'on peut employer, arrive également à parler des moyens mécaniques. « Lorsque la maladie est ancienne, dit-il, les remèdes pharmaceutiques réussissent rarement ; alors il faut avoir recours aux moyens palliatifs, c'est-à-dire à des machines avec lesquelles on comprime l'urètre, de manière à intercepter le passage de l'urine.

« Cette compression est très-facile sur l'homme ; et sans nous arrêter à l'examen de tous les bandages proposés successivement pour cet effet, nous dirons que les anneaux ou bandages à crémaillère nous paraissent mériter la préférence et remplir parfaitement l'objet qu'on se propose. Il est beaucoup plus difficile, chez la femme, de comprimer constamment et convenablement le canal de l'urètre. Outre la gêne que causent les pessaires et autres tampons introduits dans le vagin, il est rare qu'on puisse, avec ces moyens, s'opposer efficacement à l'écoulement des urines. Aussi leur insuffisance a-t-elle fait inventer un grand nombre de machines plus compliquées les unes que les autres ; mais celle de ces machines qui nous paraît réunir le plus d'avantages est une espèce de bandage dont le cercle élastique fait le tour du bassin. Au milieu de ce cercle, qui

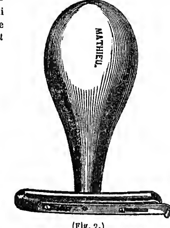
---

([1]) Ravaton, *Pratique moderne de la chirurgie*, 1776, t. III, p. 26-29.

répond au pubis, est une plaque sur laquelle s'ajuste une tige également élastique et recourbée, de manière que l'extrémité opposée à la plaque, et à laquelle est attachée une petite pelote, se trouve placée à l'entrée du vagin et comprime le canal de l'urètre ; et afin que la compression exercée par cette pelote puisse être graduée à volonté, on peut employer une double tige élastique, comme dans le bandage de Ruffin pour comprimer le canal salivaire de Sténon, bandage dont on peut voir la figure dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. A l'aide de ces machines on peut, dans l'un et l'autre sexe, se rendre maître des urines et ne laisser aux personnes qui ont une incontinence que le désagrément d'être obligées d'avoir recours à ces moyens artificiels pour se garantir d'une plus grande incommodité [1]. »

Ce traitement mécanique, par la compression de l'urètre, a été également employé avec succès pour le traitement des pertes séminales involontaires. Brachet, de Lyon, a employé cette méthode dès 1844, et il rapporte quatre cas de succès obtenus contre cette dernière affection par la compression de l'urètre [2].

Enfin, dans ces derniers temps, M. Trousseau a également employé la compression urétrale contre ces deux affections : l'incontinence nocturne d'urine et les pertes séminales involontaires. Il se sert pour cette compression d'une sorte de poire métallique, que l'on introduit dans le rectum ; elle est supportée à son extrémité inférieure par une petite plaque allongée, qui repose sur l'anus et qui est destinée à empêcher l'instrument de pénétrer trop profondément ; un petit



(Fig. 1.) (Fig. 2.)

tuyau est ménagé dans la longueur de l'instrument pour permettre aux gaz de s'échapper.

« Je ne saurais trop, dit M. Trousseau, recommander l'emploi de ces petits appareils dans l'incontinence nocturne d'urine ; chez un garçon atteint de cette affection, l'appareil peut être enlevé toutes les cinq ou six heures, pour laisser l'enfant uriner plus aisément, et ensuite réappliqué. Au bout d'un certain temps, la vessie prend son degré de tonicité normal, et les enfants finissent par être complètement guéris.

---

(1) Desault, *Œuvres chirurgicales*, t. III, p. 101.

(2) Brachet, Note sur le traitement des pertes séminales involontaires par la compression (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. XIV, 1845, p. 242).

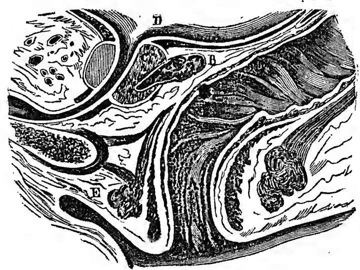
« Il n'est pas besoin de dire que cet appareil ne peut pas s'appliquer aux jeunes filles : toutefois j'introduis un embout analogue dans le vagin ; seulement il faut que le bandage soit disposé de façon que la pression de la pelote ait lieu sur le canal de l'urètre.

« Ce sont des moyens qu'il ne faut employer qu'à la dernière extrémité ; car, vous le comprenez, c'est une véritable défloration. On ne doit y recourir qu'après avoir épuisé l'action de la belladone et des autres moyens. »

M. Trousseau a employé cet appareil pour le traitement de l'incontinence nocturne d'urine et contre la spermatorrhée ; il se sert du même instrument dans l'un et dans l'autre cas. Nous croyons cependant qu'il y aura avantage à employer contre la spermatorrhée le modèle représenté fig. 2 ; il diffère du précédent par sa plus grande longueur et par sa direction rectiligne. Pour l'incontinence d'urine, il suffit en effet que l'urètre soit comprimé, mais cette condition ne suffit plus pour la spermatorrhée ; le liquide séminal arrivé dans le canal ne paraît pas à l'extérieur, il est vrai, mais il reflue dans la vessie, d'où il est ensuite expulsé au dehors avec l'urine, souvent à l'insu du malade ; c'est ainsi qu'on peut voir des cas dans lesquels les accidents tenant aux pertes séminales continuent à se manifester, lors même que le spermo paraît ne plus s'écouler au dehors.

Pour remédier à l'inconvénient que nous venons de signaler, il faut comprimer les canaux éjaculateurs ; l'instrument modifié, comme le montre la dernière figure, permet d'obtenir ce résultat.

Nous avons fait représenter dans la figure suivante une coupe du rectum et du col de la vessie ; elle permettra de se rendre compte des détails anatomiques relatifs à cette question, et de comprendre comment doivent agir les compresseurs destinés à remédier aux deux affections dont nous nous occupons ici.



(Fig. 3.)

La disposition représentée dans cette figure est celle que l'on rencontre le plus souvent ; cependant il existe quelques différences relativement à la di-

stance qui sépare l'anus du col de la vessie et de la prostate ; les différences les plus importantes sont celles qui tiennent à l'embonpoint plus ou moins considérable du sujet. Le chirurgien devra donc préalablement pratiquer le toucher rectal, pour se rendre compte de la disposition des parties, et pour mesurer la distance qui sépare l'anus du point où la compression doit être faite ; il choisira ensuite un appareil ayant la dimension voulue pour arriver à la même profondeur que le doigt, et agir comme le ferait ce dernier.

La compression des conduits excréteurs a été également employée en médecine vétérinaire contre une affection analogue aux précédentes ; ainsi M. André, vétérinaire à Fleurus, applique cette méthode au traitement de la galactorrhée chez les vaches.

La perte spontanée du lait chez ces animaux est un accident assez fréquent ; le plus souvent, l'écoulement a lieu par une ouverture anomale placée au-dessus du sphincter du conduit galactophore, et réclame alors l'emploi de la cautérisation actuelle ; mais quelquefois il est dû au relâchement ou à la paralysie de ce sphincter. Dans ces cas, M. André a essayé avec succès l'emploi d'un anneau en caoutchouc, qu'il applique sur l'extrémité du trayon. Au bout de peu de temps, la maladie cède à l'emploi de ce mode de traitement [1].

Cet appareil très-simple a été également employé contre l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants ; on appliquait l'anneau en caoutchouc autour de la verge. Ce moyen est d'une application facile, mais bientôt l'anneau se relâche et ne comprime plus exactement ; il est d'ailleurs assez difficile d'obtenir une compression convenable, assez forte pour empêcher l'écoulement de l'urine, assez douce pour ne pas gêner la circulation sanguine. Ces inconvénients se rencontrent aussi pour le compresseur de Nuck, petit anneau matelassé que l'on appliquait également autour de la verge, et pour un autre compresseur du même genre que son auteur, M. Chiesa, nomme *urétrotlibe* ou compresseur de l'urètre : c'est un anneau que l'on peut rétrécir ou élargir pour l'adapter à la verge ; on comprime le canal au moyen d'une petite pelote molle, que l'on fait mouvoir au moyen d'une vis [2].

Ces inconvénients sont évités par l'emploi des compresseurs rectaux dont nous avons parlé précédemment ; ils ont été appliqués avec succès dans un certain nombre de cas d'incontinence d'urine et de spermatorrhée. Ce mode de traitement n'est pas nouveau, ainsi que nous l'avons démontré par quelques citations historiques ; cependant, il était entièrement inconnu aux médecins, et Brachet en a eu connaissance par un prêtre qui l'avait appliqué dans plusieurs cas de pollutions nocturnes et diurnes ; M. Trousseau déclare également que c'est un charlatan qui lui a donné l'idée d'appliquer la compression périnéale au traitement de l'incontinence d'urine. Sans doute, ce prêtre et ce charlatan connaissaient ce mode de traitement par une sorte de tradition populaire, remontant jusqu'aux temps où ces moyens étaient employés par les médecins, tandis que chez la plupart des hommes de l'art le souvenir de cette méthode est complétement effacé.

---

(1) *Annales de la médecine vétérinaire*, février 1860.
(2) Chiesa (G.-B.), *Gazette médicale*, 1834, p. 5.

Note sur la recherche du sucre dans l'urine.

A propos d'un travail inséré dans le Journal de physiologie, de M. Brown-Sequard, M. Mialhe, sur la demande de M. Fleury, a rédigé la note suivante. L'importance de la question nous engage à reproduire cette note.

Le sucre n'apparaît dans les urines qu'en raison d'un état morbide de l'économie; jamais, dans l'état normal et physiologique, il ne se trouve dans les sécrétions.

Des recherches récentes avaient conduit M. Brucke à admettre que le sucre est un élément normal de l'urine, et qu'il s'y trouve toujours en plus ou moins grande quantité. Mais ces résultats ont été contestés par M. Ch. Leconte qui, dans une note insérée dans le Journal de physiologie de M. Brown-Sequard (numéro VIII, octobre 1859), a parfaitement démontré qu'il n'existe point de sucre dans l'urine normale de l'homme ni dans celle des femmes en lactation, et que si quelques expérimentateurs en avaient admis une certaine quantité, c'est qu'ils avaient donné à des procédés insuffisants une valeur scientifique qu'ils ne possédaient pas.

Pour arriver à cette démonstration rigoureuse, M. Ch. Leconte a partagé en deux séries les moyens propres à déceler la présence du sucre: les premiers donnent des caractères généraux qui peuvent appartenir à d'autres substances, les seconds donnent des caractères spécifiques qui n'appartiennent qu'à la glycose ; c'est naturellement à ces derniers, la fermentation alcoolique et l'extraction de la glycose elle-même, que M. Ch. Leconte donne la préférence, et il résume ainsi son travail :

« Si les procédés de Frommer, de Barreswil, la chaux, la potasse, le sous-nitrate de bismuth, peuvent, par les colorations diverses qu'ils donnent en présence de plusieurs substances réductives, guider dans la recherche du sucre, ils ne constituent que des caractères d'un ordre inférieur sur lesquels on ne saurait se baser pour affirmer la présence du sucre dans l'urine normale. »

Nous applaudissons à cette conclusion, et nous sommes également convaincu que, pour les recherches physiologiques, pour les analyses minutieuses des liquides normaux de l'économie, il faut employer les procédés qui donnent les caractères essentiels de la glycose, c'est-à-dire la fermentation alcoolique, et, mieux encore, l'extraction de la glycose elle-même.

Mais nous avons craint que cette appréciation de notre honorable collègue ne fût pas comprise comme elle doit l'être, et qu'elle n'inquiétât les médecins praticiens, si souvent appelés actuellement à constater la présence du sucre dans l'urine des diabétiques, en leur inspirant une défiance fâcheuse sur la valeur des moyens simples, faciles et parfaitement suffisants qu'ils ont à leur disposition.

Nous avons cru devoir établir une rapide discussion des moyens généralement employés pour reconnaître la présence et la quantité de glycose dans les urines.

Nous allons d'abord examiner si les procédés de fermentation alcoolique et d'extraction de la glycose peuvent être aisément appliqués aux recherches purement médicales et thérapeutiques.

Fermentation alcoolique. La glycose, soumise à l'action de la levûre de bière, subit la fermentation alcoolique, en donnant naissance à de l'alcool, de l'acide carbonique, de la glycérine et de l'acide succinique; l'acide carbonique est recueilli, et son volume fait connaître le poids du sucre.

« Tous les liquides, dit M. Leconte, qui n'ont pas donné de gaz avec la levûre

de bière, après deux heures de contact, lorsqu'ils ont été exposés à une température de 20 à 30 degrés, doivent être considérés comme dépourvus de sucre, à moins toutefois que le volume de l'acide carbonique qui doit prendre naissance soit plus petit que celui du liquide qui tient le sucre en dissolution. Aussi ne doit-on ajouter directement la levûre à l'urine que dans le cas d'un diabète très-prononcé; et lorsqu'il s'agit de rechercher le sucre dans une urine qui n'en renferme que quelques millièmes, il faut concentrer le sucre, etc. »

Cette exposition seule suffit pour démontrer que ce procédé n'est pas à la portée de tout le monde; le médecin qui veut savoir si l'urine de son malade contient du la glycose n'aura point recours à la fermentation alcoolique, ce n'est que pour quelques cas douteux qu'il chargera un chimiste de faire une opération aussi délicate.

D'ailleurs, le sucre de canne, aussi bien que la glycose, donne, au contact de la levûre de bière, une fermentation régulière d'où résulte de l'acide carbonique, de l'alcool, etc. De sorte que dans certaines circonstances exceptionnelles où le sucre de canne, n'ayant pas été modifié par les acides de l'estomac, passe en nature dans les urines et donne lieu à la fermentation alcoolique, on serait fondé à admettre une affection diabétique qui n'existerait pas.

Cette cause d'erreur est certainement fort rare, mais encore est-il bon de signaler qu'elle est possible.

Extraction de la glycose. « Scientifiquement, dit M. Leconte, l'extraction du sucre d'un liquide devrait seule permettre d'en affirmer la présence. »

Nous sommes complétement de cet avis, mais l'extraction de la glycose offre autant et plus encore de difficultés que la fermentation alcoolique, ainsi qu'il résulte de la description même de la méthode adoptée par M. Leconte.

L'extraction de la glycose et la fermentation alcoolique ne peuvent donc être adoptées pour la pratique usuelle de la médecine.

Nous allons maintenant discuter la valeur des moyens que les médecins emploient le plus souvent pour constater et doser le sucre dans les urines des diabétiques.

Ces moyens sont : les dissolutions de potasse, de soude, de chaux, le réactif de Frommer (sulfate de cuivre et de potasse en excès), la liqueur de Barreswil (cupro-tartrate de potasse), la liqueur de Fehling (cupro-tartrate de soude), l'emploi simultané du sous-azotate de bismuth et d'une solution de potasse caustique, l'aréomètre, le saccharimètre.

Dès l'année 1844, nous avons indiqué les alcalis comme étant la véritable base de toutes les réactions chimiques propres à déceler l'existence de la glycose dans les urines des diabétiques.

La potasse, la soude, la chaux, la baryte, etc., en ébullition avec la glycose, forment des combinaisons que l'on est convenu d'appeler *glycosates*, combinaisons éphémères qui se détruisent aussitôt et donnent lieu à de l'eau, à de l'acide carbonique, et à un produit rougeâtre contenant de l'ulmine, des acides formique, glycique et mélassique. Ces phénomènes se produisent à tous les degrés de température, mais d'autant plus lentement que la chaleur est moindre; et la coloration rougeâtre est d'autant plus intense que la proportion de glycose est plus considérable. Cette réaction est propre à la glycose et à ses analogues seulement, car elle ne se produit pas avec le sucre de canne. Donc un liquide dans lequel la potasse ou la soude, etc., ne donne pas lieu, par l'ébullition, à une teinte rougeâtre caramélique, ne contient pas de glycose.

(*La fin au prochain numéro.*)

Par divers décrets ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : M. Charvet, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble ; M. Niepce, inspecteur des eaux d'Allevard ; M. Barthélemy de La Pommeraye, directeur du Jardin zoologique et du Muséum de Marseille ; M. Parmentier, chirurgien de l'asile Napoléon à Valence ; M. Busquet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon ; M. Deporta, médecin en chef de l'hôpital de Nice ; M. Scoffier, médecin à Nice ; M. Yvaren, médecin des épidémies à Avignon ; M. Sirus-Pirondi, chirurgien des hôpitaux de Marseille ; M. Boyer-Cuhert, médecin de l'hôpital de Draguignan.

M. Rietschell, médecin principal à Alger, et M. Maignien, médecin-major à Oran, sont promus officiers de la Légion d'honneur.

M. Ricord, dont les fonctions comme chirurgien des hôpitaux expiraient à la fin de l'année, vient de donner sa démission. M. Cullerier a pris le service de son collègue, et est remplacé par M. Cusco, chirurgien de la Salpêtrière.

L'administration du département de la Seine vient de créer un service médical à la ferme de Sainte-Anne (14ᵉ arrondissement). On se rappelle sans doute que cette succursale de l'hospice de Bicêtre a été établie, il y a une vingtaine d'années, sur l'intelligente initiative de l'honorable M. Ferrus, alors médecin en chef du service des aliénés. La ferme de Sainte-Anne n'a jamais renfermé jusqu'à présent que des malades tranquilles occupés à des travaux agricoles.

Par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, M. le docteur Marcé, agrégé de la Faculté, a été nommé médecin des aliénés de la Seine à la ferme de Sainte-Anne.

A la suite de l'inspection de M. le docteur Simonin fils, directeur du service des médecins cantonaux du département de la Meurthe, les récompenses suivantes ont été accordées : — Médailles de 1ʳᵉ classe et rappel de médailles : MM. Veiss, médecin cantonal à Sarrebourg (rappel de médaille) ; Bernard, *id.* à Dieulouard (rappel de médaille) ; Bagré, *id.* à Vic (rappel de médaille) ; Marchal, *id.* à Lorquin ; Martin, *id.* à Circy, récompense exceptionnelle pour ses services durant l'épidémie de Cirey. — Médailles de 2ᵉ classe : MM. Grandys, médecin cantonal à Badonviller ; Mayeur, *id.* à Blamont ; Eby, *id.* à Linville ; Lotz, *id.* à Gerbeviller. — Médailles de 3ᵉ classe : MM. Bastien, médecin cantonal à Bayon ; Wallois, *id.* à Lay-Saint-Christophe ; Mergaut, *id.* à Bayon ; Jossel, *id.* à Dieuze ; A. Saucerotte, *id.* à Lunéville.

Les prix de fin d'année à la Faculté de médecine de Montpellier ont été décernés comme suit : Première année, prix, M. Masse ; mention honorable, M. de Jollin. — Deuxième année, prix, M. Mourgue. — Troisième année, prix, M. Grynfelt ; mention honorable, M. Magne.

En témoignage de reconnaissance publique et sur l'initiative de M. le professeur Richard (de Nancy), le portrait de Brachet vient d'être placé dans la salle des séances de l'Ecole de médecine de Lyon.

L'hospice des Ménages, rue de Sèvres, et l'hospice Devillas, même rue, vont être transférés l'un et l'autre à Issy, près Paris.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Recherches sur l'emploi de la digitale dans le traitement de l'épilepsie. — Considérations sur la nature de cette maladie.

Par M. le docteur Duclos (de Tours), médecin de l'hôpital Saint-Gatien,

J'ai depuis longtemps expérimenté la digitale dans un grand nombre de maladies, et je crois avoir obtenu de son emploi des résultats vraiment remarquables à plus d'un titre. Je me propose de les faire connaître au fur et à mesure que je les verrai se confirmer.

Déjà, en 1856, j'ai le premier, je crois, appelé dans le *Bulletin de Thérapeutique* l'attention sur l'usage de la digitale dans la pneumonie et la pleuro-pneumonie, mais de la digitale à dose rasorienne, à titre contro-stimulant, de manière enfin à la considérer comme un succédané du tartre stibié, et non comme un adjuvant. Personne, que je sache, ne l'avait fait avant moi.

Je le répète ici, non que je tienne à une vaine question de priorité, mais parce qu'il est bien que chacun ait le mérite et le démérite de ses œuvres, et que celle-là m'a coûté assez de recherches, assez d'anxieuses expérimentations pour me donner le droit de la revendiquer et d'y attacher mon nom. C'est là, si je ne m'abuse, une grande médication. Les praticiens en apprécieront toute la valeur, au fur et à mesure qu'ils y auront recours.

Aujourd'hui, je me propose de publier de nouvelles recherches sur l'emploi de ce précieux médicament, et en particulier les résultats que j'en ai obtenus dans le traitement de l'épilepsie.

Peu de maladies ont été l'objet d'études aussi nombreuses et aussi variées que la maladie comitiale : recherches anatomiques pour découvrir la lésion matérielle qui en serait l'origine, tentatives thérapeutiques les plus diverses, et quelquefois aussi, il faut bien le dire, les plus bizarres, tout semble avoir été fait.

Et pourtant, aucune maladie peut-être n'a donné aux praticiens d'aussi cruels mécomptes que la névrose comitiale, mécomptes au point de vue du diagnostic, mécomptes au point de vue thérapeutique. On se ferait difficilement idée des incertitudes dans lesquelles peuvent tomber les observateurs les plus attentifs, les plus minutieux même, à l'endroit de l'épilepsie. Des volumes entiers pourraient être faits sur ce chapitre.

Je veux me borner à citer seulement quelques cas, et ceux qui

se présentent le plus fréquemment dans la pratique médicale. Ils suffiront, je l'espère, à démontrer combien souvent et combien facilement peut être mise en défaut la sagacité du praticien à propos de l'épilepsie.

Un enfant vous est amené avec toutes les apparences de la plus florissante santé; son intelligence est vive, ses yeux sont pleins d'expression, sa parole parfaitement nette et même précise : aucune altération physique, aucune perturbation morale. Sa mère vous raconte seulement que de temps en temps la vue devient fixe, la parole se suspend au milieu d'une conversation, d'une phrase, d'un mot. L'enfant semble perdre d'une manière absolue la perception de toutes les choses extérieures, c'est une véritable extase. Cet état dure quelques secondes, une minute, deux au plus, puis la vie reparaît dans le regard, la parole se ranime, la conversation, la phrase commencée, bien plus encore le mot interrompu est terminé. L'enfant n'a pas même la conscience de cette lacune momentanée qui s'est produite dans sa vie extérieure.

La même perturbation se révélera sous mille autres formes.

Une contraction fugitive dans les muscles du visage, un mouvement spasmodique concomitant dans un membre ou un côté du corps, un renversement de la tête, soit en arrière, soit latéralement, un effort violent, instantané, involontaire, qui obligera l'enfant à se lever, à faire quelques tours sur lui-même, que sais-je, enfin ? mille formes variées de spasmes, de convulsions toniques ou cloniques, mais toujours accompagnées d'une perte plus ou moins fugace de la connaissance.

Si la scène se passe en votre présence, si vous l'observez avec soin, la nature du mal est bientôt saisie, et vous communiquez à la famille vos inquiétudes. Mais souvent la courte durée de la crise, le peu de gravité apparente des symptômes empêche qu'elles soient prises au sérieux.

Si vous n'êtes pas témoin de la scène, si vous n'y regardez pas convenablement, la question est traitée légèrement. Vous rangez la maladie sous cette facile et trompeuse étiquette d'*accidents nerveux*, et, quand ce mot a été prononcé, vous vous croyez dispensé d'y regarder de plus près, d'y réfléchir, de vous en rendre un compte exact.

C'est de l'histoire que je raconte là, et tout praticien le sait.

Arrive bientôt le jour du mécompte, et il est terrible. Au moment le plus inattendu une crise épileptique survient, tranche la question et dessille tardivement les yeux du praticien qui a observé légèrement.

Je signale ce fait chez les enfants, parce que c'est à cet âge qu'on l'observe le plus communément. Il est vrai encore chez les adultes et chez les vieillards : je ne connais rien de plus intéressant que les exemples si complets, si frappants, que le docteur Trousseau a signalés dans ses entretiens cliniques de l'Hôtel-Dieu, entretiens qui constitueront la grande école pratique de notre temps.

Il faut le dire et le répéter, parce qu'on l'a trop souvent méconnu, la vieillesse est aussi essentiellement épileptique; seulement, l'âge apporte à la crise comitiale des modifications plus apparentes pourtant que profondes.

Que de fois j'ai entendu des praticiens d'un mérite véritable me parler de dix, de quinze attaques de congestion cérébrale, ou même d'apoplexie, chez des vieillards, en quelques années ! Que de fois je les ai vus se féliciter, et de bonne foi, d'avoir pu, grâce à une active médication, empêcher ces attaques apoplectiques de laisser à leur suite des accidents paralytiques !

Et ils le croyaient, et ils l'enseignaient, et, chose bien plus étrange ! on les croyait.

En y regardant de plus près, on découvrait bientôt que le pauvre apoplectique ou congestionnaire n'avait rien autre chose que des attaques comitiales. On assistait à une crise : un parent, un domestique intelligent en rendait compte, et on constatait que la crise avait débuté par une convulsion clonique des muscles du visage ou des membres, que presque toujours cette convulsion avait été unilatérale, qu'elle s'était produite soudainement, sans aucun symptôme précurseur, par une sorte de foudroiement, et que, le plus souvent, terminée en quelques minutes, elle n'avait laissé au malade d'autre souvenir que la douleur produite par des morsures à la langue.

Le diagnostic avait donc été encore mal établi. Cette grande illusion pathologique qu'on nomme la *congestion cérébrale* n'avait été autre chose qu'une attaque d'*épilepsie*.

Il faut donc le reconnaître, parce que chaque jour la pratique médicale le confirme : l'épilepsie n'est pas toujours, soit au début, soit en raison de l'âge du malade, d'un facile diagnostic. Je l'ai vue passer dans le champ d'observation de maîtres fort illustres, sans qu'ils l'aient même flairée un instant, depuis les simples formes extatique et vertigineuse jusqu'à l'attaque complète.

Au point de vue thérapeutique les mécomptes ne sont pas moins amers.

Je ne pense pas qu'il existe un seul médicament sérieux, efficace, je dirai même dangereux, dont on n'ait tenté l'emploi. — Matières

végétales, substances minérales, tout a été mis en œuvre, à toute dose, de toute manière, avec des succès variés, sans qu'aucune ait encore mérité le nom de spécifique au même titre que le mercure ou le quinquina.

Tout praticien a compté des guérisons; tous aussi comptent des revers. J'ai vu, pour ma part, des guérisons se maintenir un ou deux ans; j'en ai constaté qui ont persisté six et sept ans; puis tout d'un coup, sans cause appréciable, les crises reparaissaient avec violence, quelquefois même avec fréquence. Il se reproduisait une nouvelle série d'attaques plus difficiles que les premières à modifier par la médication.

J'ai longtemps soumis l'épilepsie au traitement belladoné dont le père Debreyne avait parlé depuis déjà longues années, mais dont l'honneur doit pourtant être rapporté à Bretonneau. Aucun praticien n'en a, avant lui et je dirai même depuis lui, indiqué avec plus de sens, plus de justesse et plus d'art, les conditions d'administration.

Je savais aussi toutes les tentatives faites par d'autres praticiens avec la valériane, le quinquina, le nitrate d'argent, l'indigo, le selin des marais, les préparations de zinc, que dirai-je, enfin? toute cette innombrable liste médicamenteuse qui témoigne de notre impuissance.

En l'absence d'un remède spécifique, je pensai longtemps à la digitale, et j'y pensai guidé par quelques considérations que je vais exposer.

Tout d'abord une expérience faite par M. Trousseau m'avait beaucoup frappé. J'avais vu ce grand maître arrêter une attaque éclamptique déjà commencée, par la compression de l'artère carotide. En répétant cette expérience, j'avais moi-même réussi, moins complétement sans doute, mais pourtant j'avais visiblement modifié une crise éclamptique assez forte.

En second lieu, l'observation de plusieurs attaques comitiales m'avait conduit à cette remarque, qu'en général la rougeur turgescente du visage et une grande fréquence dans les battements du cœur étaient manifestés dès le début de la crise, et pouvaient même en quelque sorte être la mesure de son intensité.

De plus, enfin, j'avais été frappé de la fréquence de l'épilepsie chez le vieillard, et je parle du vieillard qui en a été complétement exempt dans son enfance, et même dans l'âge adulte. Or, je ne pouvais pas oublier combien chez le vieillard sont communs les troubles circulatoires, et comment aussi le pouls, qui s'est ralenti au début

de la vieillesse, redevient plus fréquent à une période plus avancée de ce même âge.

Tous ces motifs, et quelques vues particulières sur l'action physiologique de la digitale, me portaient à tenter cette médication. Tout médecin qui n'est pas un simple empirique agit toujours ainsi en vertu d'une théorie avouée ou implicite.

Voici comment je pratiquai l'expérience.

La digitale a cela d'admirable qu'on peut toujours mesurer son action sur l'économie générale par l'observation du pouls.

Je me dis alors :

Je donnerai la digitale à doses progressives jusqu'à ce que son effet sur le système circulatoire ou sur les centres nerveux indique qu'il y a lieu, ou de ne plus accroître, ou même de diminuer la dose.

De plus, comme il est d'observation que l'effet de ralentissement du pouls, lorsqu'il est très-notable, persiste pendant un certain nombre de jours, après la cessation totale du médicament, je suspendrai de temps en temps la médication, et j'éviterai ainsi, d'une part l'accoutumance, et d'autre part l'inconvénient de dépasser la mesure.

Ces deux points parfaitement établis, voici comment j'opérai.

De toutes les préparations de digitale, la plus certaine est l'extrait hydroalcoolique. Seule, elle est parfaitement définie, déterminée, identique toujours à elle-même. Ce fut celle que je préférai, et je formulai :

Extrait hydroalcoolique de digitale, 5 grammes; divisez en 100 pilules.

Chaque pilule représentait donc 5 centigrammes ; puis je donnai :

Premier jour, 1 pilule.

Deuxième jour, 1 pilule le matin ; 1 pilule le soir.

Troisième jour, 1 pilule le matin ; 2 pilules le soir.

Quatrième jour, 2 pilules le matin ; 2 pilules le soir.

Cinquième jour, 2 pilules le matin ; 3 pilules le soir.

Et je continuai ainsi, jusqu'à ce qu'un effet sensible, notable, fût produit du côté de la circulation, prêt d'ailleurs à diminuer ou même à interrompre la médication, si la digitale déterminait quelque trouble cérébral sérieux, ou, ce qui est plus fréquent, des nausées trop pénibles et trop réitérées.

Ordinairement l'effet désiré se produisait après dix ou douze jours, et il est vraiment remarquable de voir quel considérable ralentissement du pouls pouvait survenir. Chez un jeune homme de

dix-huit ans, d'apparence robuste, le pouls tomba à 34 pulsations par minute.

J'interromps donc la médication après dix ou douze jours, et je l'interromps pendant dix jours.

Puis, alors même que le pouls reste encore notablement ralenti, je reprends l'usage du médicament.

Seulement, si le pouls reste très-lent, je ne viens que par une gradation bien plus éloignée ; ainsi, en élevant les doses tous les trois, quatre, ou même cinq jours, au lieu de tous les jours.

Si, au contraire, le pouls a repris son allure habituelle, je reprends la formule ordinaire ; et dans ce cas il m'a semblé, bien que je me garde de l'établir en règle générale, qu'un nouveau ralentissement du pouls était plus difficile à obtenir.

On le voit donc, en résumant d'une manière générale, mais générale seulement, et non pas absolue :

Dix à douze jours du médicament à doses progressives ; puis dix à douze jours de cessation ; puis retour ; puis cessation, en continuant pendant longtemps ces alternances.

Là, commence la difficulté de la médication.

Pendant combien de temps doit-on la continuer ? Faut-il la faire toujours d'une manière uniforme ?

Mes observations ne reposent pas sur un nombre de faits assez considérable pour pouvoir établir à cet égard des règles précises, absolues.

Ce qui m'a paru évident, le voici :

En général, les crises sont assez rapidement modifiées comme fréquence et comme intensité.

Si aucune crise ne se produit, on peut, je crois, sans inconvénient, après six mois de médication, augmenter notablement les intervalles de repos, de cessation du médicament, ainsi les porter à vingt, trente, quarante jours, au lieu de dix à douze. Et alors qu'arrive-t-il ?

Si aucune crise nouvelle ne se reproduit, on augmente encore la durée des repos. De vingt, trente ou quarante jours, on arrive à deux mois, suivis comme toujours d'une nouvelle série de dix à douze jours de digitale.

Si, au contraire, une ou surtout plusieurs crises reparaissent, alors on revient au point de départ, c'est-à-dire dix à douze jours de digitale, dix à douze jours de repos ; et ce n'est qu'après trois ou quatre nouveaux mois qu'on tente d'accroître les intervalles de repos.

Tout cela, on le voit, ne peut pas se formuler d'une manière absolue. C'est là qu'intervient utilement le vrai médecin, celui qui possède véritablement de l'art.

Mais ce qu'on doit dire, c'est qu'avec les précautions indiquées, la digitale peut être employée pendant longtemps et à doses très-notables, sans avoir à redouter aucun accident réellement sérieux. C'est qu'aussi on ne peut compter sur un effet notable qu'à la condition d'une médication suffisamment prolongée.

A maladie chronique, médication chronique.

Il est, du reste, quelquefois assez difficile de se rendre un compte exact du traitement. Je veux parler des cas où les crises épileptiques n'ont rien d'absolument régulier, et de ceux dans lesquels l'attaque est toujours nocturne.

Dans le premier cas, une interruption peut se produire dans la série des crises, et être parfaitement indépendante du traitement; puis le jour où, après avoir cessé le médicament, on lui attribue les bons effets acquis, de nouvelles attaques surviennent, et détruisent votre illusion.

Dans le second cas, l'attaque étant toujours nocturne passe quelquefois inaperçue de tout le monde, même du malade. Si quelque profonde morsure à la langue, ou quelque autre symptôme persistant ne l'avertit pas de la crise qui a eu lieu pendant la nuit, vous obtenez un renseignement parfaitement faux, et vous notez une complète disparition du mal, quand il n'a été que méconnu ou ignoré.

On voit donc que tout n'est pas simple et facile dans le traitement de l'épilepsie, et quelles inexactitudes peut commettre avec la meilleure foi le médecin le plus attentif.

Je me bornerai à exposer ici l'observation de deux cas d'épilepsie traitée avec avantage par la digitale. Tous les deux ont été suivis de succès au moins relatif; mais je me hâte de dire que j'ai compté de complets insuccès.

Obs. I. X***, jeune fille de seize ans, d'une constitution délicate, d'une remarquable intelligence. Le père mort phthisique; la mère de fièvre puerpérale; aucun accident d'épilepsie dans la famille. Frères et sœurs bien portants, à l'exception d'une sœur atteinte d'une affection scrofuleuse.

Jamais aucun accident nerveux grave; jamais de convulsions.

Cette jeune fille est amenée à ma consultation, et on me raconte les faits suivants :

Il y a environ dix-huit mois, sa mère s'aperçut que de temps en

temps elle était prise d'une sorte d'extase : ses yeux devenaient fixes, la parole s'arrêtait tout d'un coup, les bras pendaient le long du corps, les mains laissaient tomber tout objet qu'elles tenaient. La tête s'inclinait un peu à droite, avec un faible mouvement de rotation. La perception extérieure était si complétement abolie, qu'un geste devant les yeux, une parole, capable en tout autre moment de l'émouvoir vivement, restaient sans être perçus. Cet état durait de quelques secondes à une minute, puis tout était dit. Quelques instants d'étonnement, et la jeune fille reprenait ses occupations, sa conversation interrompues. Ce phénomène se renouvelait, soit plusieurs fois par jour, soit tous les deux ou trois jours.

Plus tard ces états d'extase avaient disparu ; mais la jeune fille était prise soudainement, instantanément, de ce que sa mère appelait un *tressautement*. C'était comme un spasme choréique, unique, qui l'obligeait à laisser s'échapper tout ce qu'elle tenait à la main. Puis le spasme, toujours unique, s'était généralisé, et l'enfant était plusieurs fois tombée soit sur les genoux, soit sur le côté, pour se relever aussitôt.

La pauvre mère me racontait en pleurant que les premières fois la chute avait été si prompte et l'enfant si vite relevée, que, n'y pouvant soupçonner une maladie, elle y avait vu de la maladresse, et avait sévèrement grondé.

Enfin, il y a environ sept mois, une horrible crise, survenue dans la rue, l'avait éclairée sur la cruelle nature de cette maladie. L'enfant avait été renversée brusquement par une attaque épileptique complète ; elle s'était mordu profondément la langue. Le visage s'était écorché dans la chute. La crise avait été aussi violente que possible.

Depuis ce moment, des crises survenaient à intervalles irréguliers, mais avec une grande fréquence, une, deux, trois, jusqu'à quatre fois par mois ; d'autres fois six semaines, et même une fois deux mois s'écoulaient sans crises, mais elles étaient toujours violentes et toujours trop instantanées pour que l'enfant pût les pressentir.

Je fus moi-même témoin d'une de ces attaques, quelques jours après qu'on m'en eut parlé.

Je commençai l'usage de la digitale, au moyen de pilules de 5 centigrammes d'extrait.

Et je donnai 1 pilule le premier jour, 2 le second, 3 le troisième, et ainsi successivement.

Le onzième jour, le pouls était descendu à 48 pulsations par minute. J'interrompis alors, et le pouls descendit à 42.

Le vingt-quatrième jour depuis la première dose de digitale, et par conséquent treize jours après la cessation du médicament, il était revenu à 68. Je restai encore deux jours, puis je repris ; et ainsi pendant six mois, continuant tantôt dix, tantôt douze jours ; une fois seulement pendant sept jours, tant l'abaissement du nombre des pulsations avait été rapide.

Or, voici ce que j'observai :

Le premier mois, une seule crise.

Deux mois et demi après, une seconde crise faible.

Sept semaines après, une troisième crise encore assez faible.

J'augmentai les intervalles de repos, et j'arrivai à dix mois sans crise.

Puis une crise.

Je rapprochai les doses, puis de nouveau les éloignai.

Bref, à partir de cette dernière crise, qui était la quatrième depuis le commencement du traitement, je n'en constatai plus pendant vingt-sept mois.

J'étais heureux de ce résultat, que j'espérais pouvoir être définitif. De temps en temps, je revenais à des doses de digitale suivant la même méthode. Tout semblait aller à souhait, lorsque survint une fièvre typhoïde ataxique, à laquelle l'enfant succomba le dix-neuvième jour.

Ainsi, de l'épilepsie d'abord extatique, puis vertigineuse, puis le mal comitial dans sa forme la plus complète. Des crises se reproduisant une, deux, trois, quatre fois par mois. La digitale est administrée, et on a une crise le premier mois; une faible deux mois et demi après; une, sept semaines après; une, dix mois après; puis vingt-sept mois se passent sans aucune crise.

Je n'hésite pas à dire que c'est là un résultat remarquable pour tout médecin qui sait que, de toutes les formes de l'épilepsie, la plus grave est celle qui a pour précurseur pendant quelque temps l'extase ou le vertige comitial.

Obs. II. X***, âgé de vingt-sept ans, d'une constitution assez bonne, d'un tempérament lymphatique, d'une santé habituellement assez satisfaisante. Le père est resté plusieurs années paralytique, et a fini par succomber à une troisième attaque d'apoplexie; la mère encore vivante; un frère aîné bien portant. Le malade a eu vers l'âge de dix ans une chorée qui a duré environ cinq mois. — Depuis lors, de simples indispositions : jamais de maladies graves. Il s'est marié à vingt-cinq ans et demi, et vient d'être père d'un enfant remarquablement fort.

Il me raconte qu'une nuit il a éprouvé, il y a environ sept mois, un malaise extrêmement pénible dont il n'a pu se rendre un compte bien exact, qu'il l'avait attribué à une digestion mauvaise, et considéré comme un violent cauchemar : que pourtant il avait dû se débattre, puisque le matin il avait trouvé son oreiller teint de deux ou trois gouttes de sang et qu'il s'était écorché la langue.

Le même phénomène s'était reproduit depuis, et sa femme avait appelé son attention sur cette bizarre disposition. Mais comme en définitive il n'éprouvait aucune douleur, il avait continué de considérer ces accidents comme un simple cauchemar, et n'y avait pas attaché une plus grande importance.

Un jour, au moment où il causait avec sa mère et sa femme de choses parfaitement indifférentes, il avait jeté un petit cri, très-rapide, un seul, puis il était tombé la face contre terre, le visage rouge et presque violet. Là il s'était débattu, avait écumé, les bras et la jambe avaient été agités de secousses saccadées et convulsives, la respiration avait été stertoreuse. Vainement sa mère et sa femme avaient essayé de le rappeler à la connaissance, de se faire comprendre de lui. Une sorte de sommeil avait succédé à cette attaque ; puis, au réveil, M. X*** avait été fort surpris de se trouver sur un fauteuil, les vêtements en désordre, la bouche écumeuse, le visage et les mains humides du vinaigre dont on l'avait inondé, sa femme et sa mère près de lui, pleines d'anxiété, et essayant de lui faire comprendre qu'il avait eu un évanouissement. Le seul souvenir qui lui resta de cette crise fut une vive cuisson de la langue, dont le bord avait été écorché par les dents.

Une seconde crise était survenue cinq semaines après, également violente, puis trois ou quatre à des intervalles irréguliers. Le malade comptait en avoir eu cinq ou six au moment où il vint me consulter, et cela dans l'espace d'environ cinq mois.

Je le soumis aussitôt à l'usage de la digitale. La première dose exigea quatorze jours avant d'amener le pouls à 50 pulsations par minute.

J'interrompis alors. Le ralentissement du pouls se maintint environ onze jours d'une manière notable, puis peu à peu le nombre des pulsations augmenta et revint à 70, 74.

Je continuai la médication, ainsi que je l'ai formulée dans l'observation précédente, et voici ce qu'en résumé j'observai :

Le malade, depuis le commencement du traitement jusqu'à ce moment (septembre 1860), c'est-à-dire dans un intervalle de vingt-six mois, n'a eu que deux crises, une faible il est vrai, mais aussi

une extrêmement violente : la première, vingt jours après le commencement de la médication ; la seconde, neuf semaines après la première. Il y a donc aujourd'hui environ vingt-trois mois qu'aucune attaque n'a eu lieu, et déjà depuis plus de soixante jours aucune dose de digitale n'a été administrée. La santé générale se maintient bonne. La digitale n'a déterminé aucun accident de nature à donner la moindre inquiétude.

Je suis loin de vouloir tirer des deux faits qui précèdent une conclusion trop absolue. Je sais trop combien dans l'épilepsie il importe de ne pas croire trop vite au succès. J'ai vu un jeune homme soumis par moi au traitement belladoné rester sept années sans aucune crise, puis être repris ; une pauvre domestique a été exemptée pendant plus de cinq ans ; un enfant pendant également cinq ans environ, et chez tous les trois le mal a reparu. Mais je ne puis pourtant pas méconnaître ici une action réelle de la digitale : des crises hebdomadaires ou mensuelles diminuées dans leur intensité, éloignées au point de rester vingt-sept mois sans reparaître. De quelque façon qu'on l'explique, c'est là un effet thérapeutique digne d'attention.

Je sais que toutes les médications opposées à l'épilepsie comptent des faits pareils, que toutes peuvent citer à côté d'insuccès complets de remarquables cures, et à ce propos je terminerai par quelques considérations sur la nature de cette singulière névrose.

Quand on observe de près les épileptiques, quand on cherche à s'enquérir des causes probables de cette cruelle maladie, on est bien rapidement frappé du rôle considérable qu'y joue l'hérédité.

Plus j'ai fixé mon attention sur ce point, et plus j'ai vu toute l'importance de cette considération.

Un enfant, un adulte sont pris d'une crise épileptique. On vous raconte que la maladie doit être rapportée à une frayeur subite, à un grand chagrin, à une chute sur la tête, que sais-je, enfin ? à une grande perturbation physique ou morale, le plus souvent morale, dont on vous assigne le jour, l'heure, les circonstances. Vous poursuivez l'examen, vous continuez l'enquête, et vous apprenez que le père ou la mère ont été ou bien sont eux-mêmes épileptiques, ou bien apoplectiques, ou bien atteints d'un ramollissement cérébral, ou paralytiques, ou aliénés ; en thèse générale, atteints d'une lésion plus ou moins persistante des centres nerveux. Si de tels désordres ne se sont pas encore manifestés chez le père ou la mère, vous les retrouvez chez un frère, une sœur, un oncle, et vous les retrouvez sous mille formes variées. Il n'est aucun médecin qui ne

puisse citer des faits pareils, et en grand nombre. J'en ai pour ma part rapporté et publié quelques exemples bien complets.

Etablissons donc en principe l'hérédité comme cause priucipale de l'épilepsie.

Mais quand on poursuit l'enquête, on découvre bientôt autre chose. Voici au moins ce que je crois avoir reconnu.

La plupart des épileptiques que j'ai observés comptaient dans leur famille des scrofuleux, et quelquefois avaient présenté eux-mêmes des manifestations plus ou moins tranchées de la maladie scrofuleuse. Je crois avoir constaté peu d'exceptions à cette règle.

Ainsi, quand je m'enquérais de la santé des parents des épileptiques, je trouvais des affections cutanées, ou glandulaires, ou osseuses, de nature évidemment strumeuse, ou bien des phthisies à divers degrés.

Quand j'interrogeais l'histoire du malade lui-même, il m'arrivait souvent de retrouver dans l'enfance, ou même l'adolescence, des accidents de même nature.

Je crois donc qu'il y a là aussi un point à ne pas perdre de vue, savoir : la nature strumeuse de la maladie, et j'établirais ce second principe : l'épilepsie est souvent une manifestation de la maladie scrofuleuse.

On voit pourtant combien ce principe est formulé avec plus de réserve que le premier, et on en comprendra facilement la raison.

La scrofule est une maladie si communément répandue aujourd'hui, qu'on trouverait vraiment bien peu de familles qui en soient absolument exemptes. Elle affecte, en outre, des formes si variées, si peu identiques, qu'on a souvent besoin d'y regarder de beaucoup plus près pour la reconnaître. Enfin il arrive fréquemment qu'elle se développe chez le père, avant même d'avoir traduit sa manifestation chez l'enfant.

Ces considérations expliquent pourquoi il est plus difficile dans certains cas de reconnaitre et de démontrer la nature strumeuse de l'épilepsie.

Bornons donc notre affirmation à ce que l'expérience la plus rigeureuse permet de constater, et au lieu de formuler comme loi, réduisons-nous à établir comme règle très-générale, que l'épilepsie est une manière d'être de la maladie scrofuleuse.

J'appelle l'attention des praticiens à la fois et sur ces considérations de pathogénie, et sur cette médication nouvelle. Il y a là, si je ne me trompe, les éléments d'une intervention utile dans le traitement de l'épilepsie.

En terminant ce travail, une question se présente, et il faut bien l'aborder, malgré toute la répugnance que j'éprouve à attaquer des discussions si parfaitement oiseuses.

Comment la digitale agit-elle dans le traitement de l'épilepsie?

On comprendra sans peine qu'en présence des deux faits sur lesquels j'ai appelé l'attention, savoir : la fréquente coïncidence des troubles cardiaques et des troubles cérébraux d'une part, et d'autre part l'action spéciale si manifeste de la digitale sur la circulation, il est raisonnable de penser que le médicament agit d'abord sur le cœur, et médiatement sur l'encéphale.

Je crois pourtant qu'il y a quelque chose de plus, et voici pourquoi :

Un grand nombre de médications des plus variées comptent des succès dans le traitement de l'épilepsie : la belladone, la valériane, les préparations de zinc, le nitrate d'argent, le galium, l'indigo, enfin une grande quantité d'autres moyens médicamenteux dont je n'ai point à donner la liste.

Or, je remarque que pour tous ces médicaments, la condition formelle, absolue, pour qu'on puisse compter sur leur action, c'est qu'ils soient absorbés, portés dans le torrent de la circulation. Des purgatifs, des dérivatifs cutanés, ne donnent pas les mêmes résultats.

Il me paraît donc logique d'admettre que tous ces médicaments, et la digitale avec eux, agissent en vertu de l'intoxication spéciale qui se produit à la suite de leur absorption; qu'aucun d'eux n'est spécifique, pas plus la digitale que les autres; mais que tous sont curatifs, au même titre que nous voyons, en l'absence de toute spécificité, l'arsenic et tant de remèdes vulgaires, mais d'une action parfaitement incontestable, guérir la fièvre intermittente. Dans ces termes, la digitale ne devient pas le médicament spécifique de l'épilepsie; c'est un moyen curatif à ajouter à ceux que possède déjà la thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Remarques sur quelques variétés de l'hypospadias et sur le traitement qui leur convient.

Mémoire lu à l'Académie des sciences par M. F. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'hypospadias est un vice de conformation des organes génitaux de l'homme, consistant dans la brièveté relative du canal de l'urètre, la fissure ou l'absence de sa paroi inférieure, de telle sorte que ce

canal s'ouvre à une distance variable de l'extrémité du gland et au-dessous du pénis. Il a surtout fixé l'attention au point de vue de la tératologie et de la médecine légale; mais la chirurgie a peu fait pour le traitement de cette difformité congénitale, en sorte que sous ce rapport son étude peut encore prendre un libre essor, et qu'on doit s'efforcer de la mettre au même niveau que d'autres parties de cette division de la science qu'on pourrait appeler la *tératologie chirurgicale*.

Beaucoup de monstruosités congénitales sont accessibles à l'art des opérations, et parmi celles qui consistent en des arrêts de développement, en un défaut de soudure des parties qui doivent se réunir dans le cours d'une formation régulière, la plupart ont pu subir une utile restauration. Le bec-de-lièvre, la fente congénitale du voile du palais, diverses imperforations ou atrésies, bon nombre de difformités congénitales des membres, etc., sont rentrés, sous ce rapport, dans le domaine de la chirurgie efficace. L'hypospadias n'a pas été le sujet d'autant d'essais et surtout d'autant de progrès pour le rétablissement des formes normales. Sans doute il faut en accuser la disposition même des parties défavorablement organisées pour le succès des opérations chirurgicales; l'action irritante du liquide urinaire, les variations physiologiques du volume des parties par le fait de l'érection, la ténuité des couches tégumentaires destinées à fournir des lambeaux autoplastiques, l'obligation où l'on se trouve d'établir de simples lignes de réunion au lieu d'affronter des surfaces saignantes après les opérations, les difficultés inhérentes à leur exécution, enfin l'aptitude des tissus intéressés à contracter des inflammations érysipélateuses, phlegmoneuses ou gangréneuses ; le but même qu'on se propose d'atteindre lorsqu'on veut établir, refaire, conserver un canal, oblitérer une ouverture fistuleuse naturelle, sont tout autant de circonstances dont l'art ne triomphe pas sans obstacles, d'une manière générale, et qui ont, jusqu'à ce jour, restreint les tentatives chirurgicales. Il existe cependant des exemples encourageants; il s'agit d'en étendre le cercle, d'engager le plus possible les chirurgiens dans cette voie, alors surtout qu'on ne franchit pas le domaine des tentatives rationnelles, et d'abolir l'espèce de *veto* inscrit dans la plupart des livres classiques à l'occasion des opérations relatives à l'hypospadias.

Le contingent qu'il nous a été permis d'ajouter, et que nous avons l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, se rapporte aux opérations qui ont pour but de faciliter l'érection du membre viril

dans certaines variétés d'hypospadias. On ne s'est guère occupé jusqu'à ce jour que de faciliter, par la formation d'un nouveau canal ou par la clôture de l'ouverture accidentelle, l'émission des liquides qui parcourent l'urètre. Mais l'hypospadias, examiné à certains de ses degrés, n'a pas seulement pour effet de gêner l'émission de l'urine ou de la liqueur séminale, il porte un obstacle direct à l'érection, par suite aux rapports sexuels, et diminue les chances de fécondation, déjà si restreintes par la position anormale de l'ouverture de l'urètre.

Pour mieux établir les cas dans lesquels l'art chirurgical peut intervenir efficacement pour assurer l'acte physiologique de l'érection, il est utile de rappeler les divers degrés de l'hypospadias.

Ce vice de conformation présente quatre degrés, que nous désignons sous les noms de *balanique, pénien, scrotal* et *périnéal.*

Dans le premier degré, l'ouverture anormale de l'urètre existe au-dessous du gland ; il n'en résulte qu'une gêne peu marquée pour l'exercice fonctionnel. Dans le second degré, l'ouverture urétrale est placée dans un point quelconque de la longueur du pénis. Au troisième degré, l'ouverture se fait remarquer à l'angle de réunion du scrotum et du pénis ; enfin, dans le quatrième degré, l'ouverture est placée en arrière du scrotum bifide, l'hypospadias est vulviforme, et l'urètre très-court se termine dans le sinus périnéal qui rappelle l'une des variétés de l'hermaphrodisme. Le premier et le dernier degré de l'hypospadias sont également hors du domaine de la chirurgie, l'un en raison de son peu d'importance, qui rend l'intervention de l'art inutile ; l'autre, à raison de son extrême complication, qui rend l'action opératoire inefficace. Les deux degrés moyens appartiennent seuls à la chirurgie.

Nous n'aurons pas à nous occuper dans cette communication des opérations qui ont pour but de former un nouveau canal, soit par la perforation du gland, soit par l'application de divers procédés d'urétroraphie et d'urétroplastie. Notre intention est seulement de prouver qu'indépendamment de l'indication qui consiste à rétablir l'urètre dans un état voisin des formes normales, il convient de faire récupérer au pénis, en tant qu'organe de copulation, sa forme et ses propriétés qui sont, dans la plupart des cas, gravement altérées.

Nous distinguerons, à cet égard, deux complications que les chirurgiens ont, jusqu'à ce jour, passées sous silence et que nous désignons sous les noms de *verge palmée* et de *verge coudée.* Ces deux complications de l'hypospadias s'opposent également à l'érection et à la copulation, quoique par un mécanisme différent, et toutes deux

sont susceptibles de guérison par des opérations que nous avons proposées et exécutées avec succès.

1° La *verge palmée* est un vice de conformation lié à l'existence de l'hypospadias et dans lequel l'organe copulateur est adhérent par sa face inférieure à la partie antérieure et moyenne du scrotum. Cette adhérence se fait par l'intermédiaire d'une membrane cutanée plus ou moins développée et de forme triangulaire. Cette membrane, constituée par l'adossement de l'enveloppe tégumentaire générale des organes génitaux, est analogue aux membranes interdigitales des doigts palmés ou à la prolongation du frein sub-lingual qui établit une adhérence entre la face inférieure de la langue et le plancher de la bouche. En ramenant la verge en arrière, en l'appliquant invariablement sur le scrotum, de manière à détruire toute indépendance et à les confondre en une sorte de masse commune, elle a pour résultat de gêner l'érection, de s'opposer au dégagement du membre viril et par suite de s'opposer à la copulation.

Cette difformité, que nous avons observée plusieurs fois, est parfaitement curable, et on peut lui appliquer des modes opératoires analogues à ceux qui ont été proposés pour le traitement des doigts palmés. Voici le moyen qui nous a réussi dans le cas suivant qui nous a paru être un type de ce vice de conformation.

Obs. I. *Hypospadias balanique. — Verge palmée avec adhérence scroto-pénienne complète. — Section de la membrane cutanée jusqu'à la base du pénis. — Cicatrisation par réunion immédiate. — Restitution des fonctions de l'organe.* — M. X***, âgé de vingt-quatre ans, d'une petite ville de la Drôme, vint nous consulter, au mois de juin 1858, pour une difformité des organes génitaux, très-gênante pour leur exercice fonctionnel et dont il désirait être débarrassé. Il nous raconta, ce que d'ailleurs la première inspection des parties indiquait avec évidence, que cette difformité existait depuis sa naissance, mais que n'en ayant éprouvé aucun empêchement pour l'émission de l'urine pendant son enfance, ses parents n'y avaient porté qu'une médiocre attention; que toutefois, vers l'époque de la puberté, les érections avaient été gênées ; que la forme irrégulière des organes génitaux lui était devenue très-désagréable, enfin qu'à l'âge auquel il était parvenu et avec le désir de se marier, il se décidait à demander le secours de l'art, pour restituer à ses organes les apparences extérieures naturelles et le libre exercice de leurs fonctions. Nous examinâmes attentivement la région où existait

l'anomalie et nous pûmes constater l'état suivant : le pénis était affecté d'hypospadias balanique, l'ouverture anormale était placée exactement au-dessous du point correspondant à la fosse naviculaire; elle avait des dimensions restreintes, mais parfaitement suffisantes pour la libre émission de l'urine et de la liqueur séminale. En avant existait une petite gouttière ayant quelques millimètres d'étendue et venant aboutir au point où existe naturellement le méat urinaire. Le prépuce échancré par la base recouvrait seulement la face supérieure du gland et ne présentait sur les côtés que deux ailerons flottants. Le pénis, dirigé et maintenu en bas, était comme confondu avec le scrotum; il lui était du moins uni sur la partie moyenne sans pouvoir acquérir aucune indépendance, soit dans l'état de flaccidité, soit dans l'état d'érection. Il semblait logé dans une excavation médiane du scrotum; mais lorsqu'on soulevait le gland, en retenant en arrière le scrotum et les testicules, on modifiait la forme de ces parties de manière à reconnaître que les téguments du scrotum ne se continuaient pas directement avec le demi-fourreau de la face supérieure de la verge, mais que cette dernière partie avait son enveloppe tégumentaire complète, formée par l'adossement de ses deux moitiés au-dessous de l'organe et au niveau du canal de l'urètre, adossement d'où résultait une véritable palmure interposée entre la verge et le scrotum et affectant une forme triangulaire dont la base regardait en avant et en bas, tandis que le sommet répondait à l'angle scroto-pénien. Les deux moitiés tégumentaires de cette membrane, assimilable aux membranes des doigts palmés, étaient unies par un tissu cellulaire lâche et extensible, en sorte que lorsque le membre viril était abandonné à sa direction naturelle pendant la flaccidité, il semblait engaîné dans le scrotum. Lorsque le malade voulait émettre ses urines, il était obligé de relever la verge, et une partie du liquide se répandait sur la région voisine ou souillait les vêtements. Quant à l'érection, elle était notablement gênée et ne pouvait s'opérer sans que le tiraillement de la bride cutanée ne fît éprouver au gland une sensation de malaise, sinon de véritable douleur. L'érection avait un obstacle à vaincre, celui que représentait le poids du scrotum et des testicules, ainsi que l'adhérence qui bridait le pénis. Il ne s'agissait donc que de libérer cet organe de l'obstacle représenté par cette adhérence, ce que le sujet désirait d'autant plus vivement, qu'à la gêne pour l'érection se joignait un empêchement réel pour l'accomplissement des fonctions sexuelles.

Après avoir examiné attentivement la disposition anormale des or-

ganes génitaux de ce jeune homme, je me rendis facilement à son désir, car sa constitution était excellente et rien ne contre-indiquait l'opération.

Celle-ci fut pratiquée de la manière suivante, dans la matinée du 10 juin. Le malade étant placé dans le décubitus dorsal, les jambes écartées, je me plaçai moi-même à son côté droit. Je relevai assez fortement la verge pendant qu'un aide retenait en arrière le scrotum et les testicules. La membrane cutanée étant ainsi mise en évidence, comme le frein de la langue lorsqu'on soulève celle-ci avec la plaque échancrée d'une sonde cannelée, j'incisai, avec des ciseaux droits, dans une direction rectiligne et de la base au sommet, la palmure interposée entre le scrotum et le pénis. J'avais eu le soin de me rapprocher plus du bord postérieur de la membrane que du bord adhérent au pénis, afin qu'après l'opération il restât assez de peau pour recouvrir librement et sans aucun tiraillement toute la face inférieure de la verge. Je n'avais pas mis moins de soin à ne pas trop prolonger l'incision au delà du sommet, afin de ne pas m'exposer à intéresser le canal de l'urètre. La division de cette membrane cutanée donna immédiatement la facilité de relever la verge, de la séparer complétement du scrotum et de reconnaître son entière indépendance, aucune bride ne retenant plus l'organe et ne devant s'opposer ultérieurement à l'exercice de ses fonctions. Aucun vaisseau ne fut compris dans la division faite par les ciseaux, et il suffit d'absterger le sang avec une éponge imbibée d'eau fraîche pour voir cesser aussitôt la légère effusion sanguine provenant des vaisseaux capillaires. La plaie résultant de l'opération ne donna qu'un écartement assez léger, soit du côté du scrotum, soit du côté de la verge; elle représentait un sinus à sommet supérieur; mais en relevant la verge et la maintenant dans cette position, elle se transformait en plaie longitudinale et linéaire. C'est à peine si l'on apercevait l'angle de réunion du bord scrotal et du bord pénien de la membrane intermédiaire dont les deux portions adossées s'étaient séparées par l'ampliation du tissu cellulaire lâche qui les unissait. La verge étant relevée du côté de l'abdomen et maintenue contre le pubis, un grand nombre de points de suture entrecoupée, placés à un centimètre de distance, servirent à assujettir dans un contact rigoureux les bords de la plaie cutanée, et la position nouvelle donnée à la verge fut elle-même rendue fixe par l'application de bandelettes agglutinatives étendues jusqu'aux aines, afin de prendre un point d'appui suffisant. On recommanda au malade le repos le plus complet, des précautions convenables pour ne pas mouiller

la plaie lorsqu'il voudrait rendre ses urines, et il fut soumis à la diète et à l'usage des boissons délayantes.

L'adhésion immédiate fut le résultat de cette opération ; elle ne fut entravée par aucun accident inflammatoire ou de toutre autre nature. Le quatrième jour, quelques érections tourmentèrent l'opéré, mais elles furent calmées par des lavements camphrés et des applications de linges trempés dans l'eau froide sur le périnée. Le cinquième jour, j'onlevai les points de suture, après avoir eu la précaution de placer quelques serres-fines pour prévenir tout écartement après l'extraction des fils. Le point correspondant à l'angle de réunion de la plaie scrotale et de la plaie pénienne avait été parfaitement compris dans la réparation cicatricielle immédiate, et aucune menace de reproduction de la difformité n'existait dans ce sens. Le douzième jour, à dater du moment de l'opération, la guérison était accomplie; la verge avait récupéré sa liberté et les érections s'accomplissaient sans obstacle.

L'excision ou la dissection de portions de peau du scrotum ramenées et réunies au-dessous de la verge pourraient remplacer au besoin la section simple, telle qu'elle a été pratiquée dans le cas ci-dessus relaté. Dans le cas même où l'on craindrait une reproduction de la difformité, on pourrait avoir recours aux divers artifices imaginés par Rudtorffer, Zeller, Amussat et quelques autres chirurgiens, pour assurer spécialement la cicatrisation de l'angle de réunion, afin de donner une complète indépendance aux lignes cicatricielles qui aboutissent à cet angle et d'assurer ainsi leur adhésion isolée. Mais le fait que nous avons rapporté prouve suffisamment que l'assimilation entre l'adhérence scroto-pénienne et les adhérences digitales ne saurait être complète au point de vue des résultats thérapeutiques, et que les craintes exprimées à cet égard par J.-L. Petit et les chirurgiens de son école n'étaient pas fondées. La différence des résultats s'explique facilement par la possibilité d'effacer complétement l'angle de la plaie en redressant la verge, tandis que l'écartement des doigts ne peut jamais être assez considérable pour faire disparaître l'angle supérieur, et que, dans ces conditions, la cicatrice en s'organisant tend incessamment à rapprocher les côtés de la plaie digitale. L'incision simple suffit donc dans le traitement de la verge palmée, si l'on maintient cet organe dans une direction qui efface l'angle scroto-pénien, et ne fasse qu'une même ligne de la plaie sous-pénienne et de la plaie scrotale après la réunion de leurs bords.

2° L'autre difformité de la verge affectée d'hypospadias, portant obstacle à l'érection et à la copulation, mérite le nom de *verge coudée* et exige un autre genre d'opération. Le traitement de cette difformité nous a été suggéré d'une manière inductive, en prenant en considération le mode de formation de l'anomalie dont nous signalons quelques variétés. L'hypospadias est la conséquence d'un arrêt de développement de l'urètre portant tantôt sur son extrémité, tantôt sur sa paroi inférieure, et produisant soit la simple ouverture anormale, soit la fissure urétrale médiane. A des degrés plus avancés, l'urètre manque dans une étendue plus ou moins considérable, et les traces qui l'indiquent ne sont plus représentées que par une bandelette étroite placée à la face inférieure du pénis et tendue entre le gland et l'ouverture hypospadienne placée elle-même plus ou moins en arrière. Dans ces cas d'hypospadias, l'arrêt de développement modifie notablement la forme du pénis qui est recourbé vers sa face inférieure, de telle manière que le côté concave et le côté convexe ne représentent pas deux surfaces arrondies et excentriques, mais une incurvation presque anguleuse. L'organe présente un véritable coude saillant en haut et en avant; la partie coudée comprend le gland et la moitié antérieure du corps caverneux. La partie postérieure du même corps, depuis la racine et le renflement de Kobelt jusqu'au niveau de l'orifice de l'hypospadias, présente un développement régulier. Au sinus de l'angle, on rencontre non-seulement la bride urétrale sus-indiquée, mais une résistance fibreuse plus profonde, et un examen attentif prouve que cette résistance s'étend jusque dans l'épaisseur même du pénis. Cette disposition tient à ce que l'arrêt de développement de l'urètre ne représente pas exclusivement l'insuffisance de l'acte formateur; l'imperfection de celui-ci s'étend jusqu'à l'élément fibreux du corps caverneux qui, considéré vers la face inférieure de l'organe et dans son épaisseur, au niveau de la cloison, reste plus court et comme rétracté, en sorte que, dans l'ampliation du pénis nécessitée par l'érection, celle-ci reste incomplète ou a pour résultat de ne gonfler que la portion dorsale des corps caverneux qui, par ce fait même, rendent plus sensible l'inégal développement de leur partie supérieure et de leur partie inférieure. Il en résulte une difficulté fonctionnelle très-prononcée; l'érection est douloureuse et le pénis, loin de s'allonger, s'incurve; la bride urétrale et l'élément fibreux qui la surmonte retiennent le gland et le ramènent vers l'ouverture de l'hypospadias. La copulation est impossible ou très-difficile.

Cet état et la forme vicieuse qui en est la conséquence avaient

jusqu'à ce jour, et sur la foi de J.-L. Petit et de Boyer, découragé les chirurgiens qui se contentaient d'inciser la bride urétrale. Les essais auxquels nous nous sommes livré nous ont prouvé qu'en ne se bornant pas à cette dernière incision, mais en la prolongeant jusqu'à l'élément fibreux qui entoure le corps caverneux, et qu'en divisant spécialement la partie inférieure de l'enveloppe fibreuse, ainsi que la cloison inter-caverneuse, on détruisait l'obstacle réel au redressement de l'organe, et qu'en conséquence cette opération, qu'il est d'ailleurs convenable d'assujettir aux règles de la méthode sous-cutanée, aboutissait à faire récupérer la fonction copulatrice, en restituant les formes et l'érectilité du pénis.

Voici le fait chirurgical qui nous paraît légitimer cette conclusion.

Obs. II. *Hypospadias scrotal. — Courbure du pénis due à la rétraction des tissus fibreux de la partie inférieure.—Insuffisance de la section de la bride urétrale.—Section sous-cutanée partielle de l'enveloppe du corps caverneux et section sous-cutanée complète de la cloison. — Rétablissement de la forme et des dimensions de l'organe.* — M. X***, de Montpellier, âgé de vingt-deux ans, était né avec un hypospadias auquel on ne remédia par aucun moyen. Notre ancien collègue, M. Delmas, consulté au sujet de cette difformité, engagea les parents de l'enfant à attendre l'âge adulte avant de rien entreprendre. A peine remarqué pendant l'enfance, ce vice de conformation préoccupa constamment et péniblement le jeune X***, à dater de l'époque de la puberté. L'orifice de l'urètre, réduit à une ouverture longitudinale dépourvue de lèvres et presque linéaire, correspondait à la base de la verge, dans le point de réunion de cet organe avec les bourses. Le canal de l'urètre manquait dans toute la partie antérieure; il n'y était du moins représenté que par une sorte de ruban étroit recouvert d'un épiderme très-fin, rappelant la partie supérieure de l'urètre à l'état rudimentaire et ayant perdu son aspect muqueux pour prendre un aspect cutané. — Au niveau du gland, on distinguait encore une excavation en demi-gouttière à laquelle aboutissait le rudiment urétral sus-indiqué. Le reste de la partie antérieure de l'urètre n'avait pas au delà de deux centimètres d'étendue, tandis que les corps caverneux, considérés surtout dans leur partie supérieure, présentaient leur dimension normale. Il résultait de cette inégalité de développement une forme incurvée du membre viril, et cette forme, déjà très-prononcée dans la flaccidité et dans la demi-érection, devenait très-

prononcée dans l'érection complète. L'organe était alors fortement infléchi, et une tension de la bride urétrale indiquait la traction exercée sur le gland, auquel elle venait aboutir. En explorant la face inférieure de la verge, on sentait que l'obstacle au redressement était profond et supérieur à l'épaisseur de la bride urétrale.

Cette disposition devenait de plus en plus intolérable à celui qui la présentait. Les érections étaient douloureuses et le coït impossible. Cette incapacité pour l'acte copulateur, jointe à l'idée de la stérilité produite par la position anormale de l'ouverture de l'urètre, avait plongé le jeune homme dans une mélancolie habituelle et l'avait disposé à se soumettre à tous les essais possibles, soit pour obtenir le redressement de la verge, soit pour faire pratiquer un nouveau canal.

C'est dans cette intention que M. X*** vint réclamer notre avis. Nous l'engageâmes à se soumettre à la section de la bride urétrale. Cette première opération fut pratiquée en mars 1856. Un bistouri étroit divisa simplement la bride en travers, sans pénétrer au delà de l'enveloppe fibreuse du corps caverneux. Il y eut immédiatement un allongement de près d'un centimètre, et l'extrémité antérieure de la verge se redressa sensiblement. Le pansement consista à placer l'organe dans l'extension, au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un bandage redresseur, de manière que la nouvelle cicatrice servît à l'allongement de la bride. L'ouverture urétrale était libre et l'émission de l'urine ne pouvait souiller l'appareil. Après une suppuration peu abondante et passagère, la cicatrice était établie. Les érections parurent d'abord moins gênées, mais peu à peu le tissu cicatriciel éprouva une rétraction qui rétablit à peu près les conditions primitives. A la sollicitation du malade, je pratiquai deux mois après une seconde incision transversale plus rapprochée du gland. Les mêmes précautions furent prises sous le rapport du pansement, et il ne fallut pas plus de temps pour amener la formation d'un tissu intermédiaire destiné à augmenter la longueur de la bride. Celle-ci acquit, en effet, un allongement assez sensible pour devoir influer sur le redressement du pénis, si elle eût été l'obstacle réel à l'érection. Mais ce dernier état physiologique fut à peine modifié dans son accomplissement. La verge restait toujours recourbée et l'ampliation de l'organe éprouvait à peu près la même gêne que dans toute l'étendue de sa face inférieure. En recherchant la cause de la permanence de cette gêne fonctionnelle, je reconnus, en pressant la paroi inférieure du corps caverneux pendant l'état de flaccidité, une tension particulière à la fois superficielle et profonde, et qui

me parut tenir à une rétraction ou à un arrêt de développement de la gaîne fibreuse du corps caverneux et de la cloison qui les sépare. On distinguait assez nettement que l'obstacle n'était pas seulement superficiel, mais qu'il se prolongeait jusque dans le centre de l'organe. Je ne conservai bientôt aucun doute sur le rôle dévolu aux tissus fibreux ainsi disposés, et je résolus de tenter leur section sous-cutanée. Le malade accepta avec empressement une nouvelle tentative opératoire dont je lui fis comprendre les avantages, et l'opération fut pratiquée le 10 avril.

Un pli ayant été fait à la peau de la face inférieure de la verge, sa base fut piquée d'un seul côté avec la pointe d'une lancette, et un ténotome convexe fut engagé par cette ouverture, de manière à pouvoir attaquer, par pression, toute la face inférieure de la verge préalablement relevée sur le pubis. La pression de l'instrument, aidée d'un léger mouvement transversal, divisa l'enveloppe fibreuse du corps caverneux, à peu près vers le milieu de l'espace compris entre le gland et l'ouverture anormale de l'urètre. Un petit bruit, comparable à celui des tissus que l'on divise dans la ténotomie, se fit entendre, et la verge s'allongea visiblement. On sentait néanmoins encore un obstacle profond. J'inclinai alors en haut la pointe du ténotome, de manière à l'engager entre les deux corps caverneux; puis, retournant l'instrument pour attaquer verticalement la cloison, j'incisai celle-ci dans l'épaisseur même de la verge, et le redressement devint aussitôt complet.

Cette opération, médiocrement douloureuse et d'une exécution assez rapide, ne donna lieu qu'à un écoulement sanguin très-modéré et qui s'arrêta spontanément. Il ne survint ni ecchymose de la verge, ni inflammation des cellules du tissu érectile. Aucune artère importante n'avait été divisée, et la seule action d'un pansement compressif, exécuté au moyen de bandelettes étroites de sparadrap enroulées autour de la verge, fut suffisante pour empêcher tout écoulement sanguin et pour s'opposer à des érections inopportunes. La verge a repris aujourd'hui une conformation normale. Les érections ne sont ni douloureuses, ni gênées par les obstacles primitifs, et la copulation, autrefois impossible, s'exécute sans difficulté.

L'opération nouvelle que nous avons décrite dans le cas dont les détails viennent d'être rapportés nous fournit l'occasion d'appeler l'attention sur quelques points.

Signalons d'abord l'insuffisance de la section de la bride urétrale. Cette section avait déjà été faite en deux points différents de la verge;

il n'en était résulté qu'une élongation insignifiante portant sur les tissus extérieurs et qui fut en outre temporaire. L'extension artificielle de la verge, à la suite de la division de la bride urétrale, ne pouvait pas se faire d'une manière complète, et il était évident qu'on n'avait réellement pas changé la forme de l'organe. Celui-ci était toujours incurvé et même coudé, quoiqu'à un moindre degré ; mais lorsque la cicatrisation fut obtenue, la difformité était à peu près revenue à son état primitif, du moins le malade ne pouvait bénéficier, au point de vue fonctionnel, de la faible différence qui existait dans l'état du membre viril, avant et après l'opération.

Ce résultat si insuffisant eut du moins pour nous un avantage. Il nous prouva que l'obstacle au redressement existait plus profondément. Après l'incision de la bride urétrale, le doigt porté sur la face inférieure de la verge appréciait une résistance comparable à une corde fibreuse tendue dans le sinus du pénis incurvé. Nous avons eu la pensée d'attaquer cette corde sous-pénienne, qui se montrait comme une dépendance évidente du corps caverneux, et que sa résistance même, aussi bien que son défaut de participation à l'érection, désignaient comme appartenant à l'enveloppe fibreuse de ce corps. Nous avons laissé écouler un certain temps pour rester bien assuré de l'insuffisance de la première tentative, espérant mieux de la seconde. Celle-ci devait en effet attaquer la cause organique de la difformité dans son véritable siége, dussions-nous aller plus profondément que l'enveloppe fibreuse et fallût-il pénétrer dans le corps caverneux pour en atteindre et diviser la cloison, si celle-ci, en participant à la rétraction ou à l'arrêt de développement, ce qui était identique pour le résultat, contribuait à empêcher l'expansion de la verge dans l'érection ou son redressement dans l'état de flaccidité.

Nous étions médiocrement préoccupé de l'inconvénient d'intéresser les cellules les plus voisines du tissu spongieux du pénis, l'incision devant s'arrêter après la sensation d'un obstacle vaincu et, par conséquent, devant respecter le tissu érectile proprement dit. Afin d'éviter toute inflammation ultérieure, nous avons associé, comme on le fait habituellement pour la ténotomie, la méthode sous-cutanée et la section du tissu fibreux. Le ténotome, introduit par une ouverture étroite, a étendu son action sur la corde fibreuse, en produisant une plaie non exposée et sans tendance à l'inflammation. La même ouverture a permis de le porter dans une direction verticale, afin de pouvoir attaquer la cloison avec la précaution de limiter son action à la partie résistante et de ne pas agir

dans ce sens sur la substance même de l'organe. La section faite, pendant que la verge était dans un état de tension, a fait percevoir un cri particulier produit par la division du tissu fibreux et qui tient au retour élastique des fibres qui cessent d'être tirées en sens opposé. Quant à l'hémorrhagie, il était d'autant plus important de l'éviter que sa manifestation aurait pu gêner l'exécution opératoire et que l'hémostasie aurait occasionné certaines difficultés, si l'écoulement sanguin avait eu sa source dans l'une des artères péniennes. Mais la direction du ténotome et le degré auquel il était enfoncé donnaient toute sécurité à ce sujet. On ne pouvait rencontrer aucun vaisseau à la face inférieure de la verge pendant la division de la partie rétractée de l'enveloppe fibreuse. Le même instrument, porté verticalement entre les corps caverneux pour diviser la cloison, ne pouvait intéresser ni les artères caverneuses qui sont dans l'épaisseur de chaque moitié du corps spongieux, ni les artères dorsales de la verge qui sont éloignées de la ligne médiane et qui, d'ailleurs, se trouvent à un niveau que l'instrument ne devait pas atteindre. Aussi, non-seulement nous n'avons pas eu d'hémorrhagie embarrassante, mais nous n'avons pas même observé l'ecchymose de la verge qu'on pouvait cependant prévoir comme résultant de la facile infiltration d'une petite quantité de sang dans le tissu cellulaire lâche et élastique interposé entre le fourreau cutané et la couche fibreuse.

Le résultat définitif a été tel que nous l'espérions. La cicatrisation s'étant faite à l'abri de toute inflammation, comme on l'observe dans les plaies sous-cutanées où l'air ne pénètre pas, où il n'existe pas de corps étranger et où l'absence d'épanchement sanguin permet au néoplasme de s'organiser facilement, l'organe a changé de forme et d'aptitude dans la mesure permise par l'extensibilité des tissus non compris dans la section. Or, les cellules du corps spongieux de la verge, en supposant même exacte l'assertion de J.-L. Petit, qui les déclare plus petites du côté de la partie incurvée de l'organe, peuvent se dilater dès que leur ampliation n'est plus gênée par la corde fibreuse rétractée qui leur était adhérente. Le sujet de l'observation a pu désormais avoir des érections complètes et régulières. Sa verge est devenue droite, et le coït, à défaut de la fécondation, a pu du moins être exercé. L'hypospadias proprement dit n'a pas été compris dans l'acte de chirurgie réparatrice, mais toute complication coexistante a été détruite, et si l'intégrité de la fonction génératrice n'a pu être restituée dans toutes les fonctions partielles qui la composent, elle a reçu du moins, par le fait du retour de l'érection en

ligne droite et de la faculté de copulation, un changement si avantageux que nous n'hésitons pas à le considérer comme un service réel rendu à notre opéré. Le même moyen pourrait être généralisé et serait applicable aux hypospades placés dans des conditions analogues à celles du sujet dont nous avons rapporté l'histoire.

En résumant les points essentiels de cette communication, nous nous croyons fondé à formuler les conclusions suivantes :

1° Les degrés moyens de l'hypospadias, c'est-à-dire l'hypospadias pénien et l'hypospadias scrotal, appartiennent seuls à la chirurgie rationnelle.

2° Celle-ci ne doit pas avoir pour but exclusif de restituer la forme et les dimensions du canal de l'urètre, de manière à permettre l'émission régulière des liquides qui parcourent ce canal ; elle doit se proposer aussi de rétablir les formes et les fonctions du pénis considéré comme organe de copulation.

3° Ces formes et ces fonctions sont altérées ou empêchées dans les complications de l'hypospadias que nous avons désignées sous les noms de *verge palmée* et de *verge coudée*.

4° Le premier vice de conformation peut disparaître par la section de l'adhérence cutanée, avec la précaution de rapprocher les bords de la plaie par la suture, de maintenir l'organe relevé et d'effacer ainsi l'angle scroto-pénien de manière à ramener les deux moitiés de la ligne cicatricielle dans une même direction longitudinale.

5° Le second vice de conformation peut être corrigé par la section de la bride urétrale, complétée par la section sous-cutanée de l'élément fibreux du pénis formant la partie inférieure de son enveloppe et la cloison inter-caverneuse.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur le mastic.

M. Landeyrer, pharmacien du roi de Grèce, vient d'adresser à l'Echo médical suisse quelques renseignements sur le mastic, que nous croyons devoir reproduire. Cette note prouve que cette substance, complétement oubliée chez nous, est encore en usage dans l'Orient, même comme agent médicamenteux.

La patrie du mastic, dit M. Landeyrer, ou plutôt de la plante qui le produit, *pistacia lentiscus*, est surtout l'Afrique septentrio-

nale, ainsi que quelques îles de l'Archipel grec et surtout l'île de Chios, que les Turcs appellent pour cela *sakis adassina*, c'est-à-dire *l'île du mastic*. Quoique cette plante se trouve partout en Grèce et dans toutes les îles de l'Archipel, et que l'expérience ait démontré que par des incisions on en obtient toujours du mastic, on la néglige cependant partout, excepté à Chios, d'où vient par conséquent tout le mastic du commerce. Les villages dont les habitants s'occupent exclusivement de la récolte de cette résine sont appelés *mastichochôra*, village du mastic.

On fait les incisions au mois de juin avec de petits couteaux spéciaux, et vers la fin d'août on récolte le mastic, qui, s'étant desséché sur la plante, s'en détache plus facilement. Pour le recueillir à l'état de pureté, on étend sous les arbustes du linge ou des couvertures de coton, comme aussi quelques jours auparavant on a eu soin de nettoyer le sol pour que cette substance ne s'attacho pas au sable et aux autres impuretés du terrain.

Le mastic le plus petit, qui est blanc et transparent, est destiné au sérail du sultan et aux dames du harem, qui tuent le temps en mâchant cette résine, et c'est à cause de cet usage qu'on l'appelle *mastic*, du verbe grec *massaomai*. La qualité la plus choisie, appelée mastic pour le sérail, *fliskari*, coûte le triple et le quadruple de ce que coûte le mastic ordinaire, dont on se sert aussi pour préparer différentes confitures appelées *mastix glyko*.

On emploie en Orient une infusion de mastic, *masticonexon* (eau de mastic), contre le choléra infantile, consistant en diarrhée et vomissements, maladie dont meurent beaucoup d'enfants à l'époque de la dentition et contre laquelle les médicaments n'ont souvent pas d'effet. Les Grecs emploient encore le mastic sous forme de cataplasmes, faits avec du vin rouge et du pain, qu'ils appliquent sur le bas-ventre ; ces cataplasmes sont appelés *krasokôma*, de *krasi*, vin, et de *cômi*, pain.

On ne falsifie le mastic qu'en le mélangeant avec du plus ancien, et la fraude consiste en ce que ce dernier a perdu avec sa transparence son odeur et sa saveur. Le mastic est toujours un article assez cher, et à Chios même l'oka monte jusqu'à 200 à 300 piastres et plus.

La mastication étant une habitudo générale, les pauvres ont recours à une autre production végétale qu'on appelle *pseudo-mastix*, et qui consiste en excrétions gommeuses qui se trouvent entre les feuilles du calice de l'*atractilis gummifera*, plante assez commune en Grèce et en Orient.

Il est curieux qu'on se serve toujours pour cure-dents du bois du *lentiscus*, comme du temps des Romains, qui les appelaient *dentiscalpia* ou *cuspides lentisci.*

Sur la préparation de la solution d'iodure ferreux.

Plusieurs circonstances peuvent contraindre le médecin à prescrire l'iodure ferreux en solution, de préférence à la forme pilulaire. Voici, dans ces cas, le procédé que conseille un pharmacien de New-York, M. Fougera :

Limaille de fer pur..............	25 grammes.
Iode............................	85 grammes.
Eau distillée.....................	100 grammes.

Pesez l'iode à part dans un flacon sec et à large ouverture.

Dans un flacon quelconque introduisez la limaille de fer et 75 grammes d'eau ; ajoutez-y l'iode par petites portions (de 4 à 6 grammes à la fois), attendant toujours pour mettre une nouvelle quantité que la précédente soit entièrement combinée avec le fer; continuez ainsi jusqu'à épuisement de l'iode.

Toutes les fois qu'on ajoute l'iode au fer, on doit agiter continuellement le flacon sous un courant d'eau froide ou dans un vase d'eau glacée, afin d'éviter toute élévation de température durant la combinaison chimique.

L'opération terminée, ce qui se reconnaît à la couleur verdâtre de la liqueur, filtrez aussitôt, évitant de laisser longtemps l'iodure formé en contact avec l'excès de fer restant dans le flacon ; puis lavez le filtre avec une quantité d'eau suffisante pour compléter 200 grammes. L'iodure ne s'altère point durant la filtration ; elle s'opère avec autant de facilité que celle de l'eau simple. Une fois filtrée, on verse la liqueur dans des flacons qu'on remplit bien. Les pharmaciens qui usent de grandes quantités d'iodure ferreux peuvent conserver ce soluté dans des grands flacons pleins et bouchés en verre ; ceux qui en usent peu peuvent le tenir dans des petits flacons de 30 à 60 grammes, également remplis et ayant un bouchon de verre. Il est mieux, lorsqu'on veut s'en servir, d'employer le flacon entier, la liqueur ne se conservant pas aussi bien dans des flacons en vidange : cependant, si l'on a soin d'ajouter dans ces derniers de la limaille de fer grossière, d'agiter le flacon de temps en temps et de le tenir exposé au soleil, la solution reste toujours d'un beau vert et

est aussi concentrée que primitivement, malgré le léger précipité verdâtre de protoxyde de fer qui s'y forme.

Cette liqueur, d'un beau vert clair, contient la moitié de son poids d'iodure de fer; évaporée avec soin, elle peut fournir de beaux cristaux verdâtres de proto-iodure de fer.

Huile de foie de morue composée.

Beaucoup de médecins attribuent la valeur thérapeutique de l'huile de foie de morue aux faibles quantités d'iode, de brome et de phosphore que ce produit contient naturellement. Dans le but d'augmenter les effets de ce médicament, quelques-uns font ajouter ces divers éléments. Voici les proportions que conseille M. Fougera :

Huile de foie de morue exprimée à froid..	500 grammes.
Iode..................................	40 centigrammes.
Brome..................................	5 centigrammes.
Phosphore..............................	5 centigrammes.

La combinaison s'opère de telle manière que l'huile conserve son goût, son odeur et sa couleur jaune paille.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la revaccination et des conditions propres à assurer la réussite de cette opération.

Une circulaire ministérielle, en date du 31 décembre 1857, fait pour tous les sous-officiers et soldats des régiments une obligation rigoureuse de l'opération de la revaccination.

C'est qu'en effet on a remarqué que bon nombre d'hommes qui présentaient des traces bien évidentes d'une première vaccination, opération que l'on subit en général pendant la première année de l'existence, étaient parfaitement susceptibles, vers l'âge de quinze ans et au-dessus, de contracter la fièvre exanthématique dont le moindre inconvénient est de laisser sur la figure des traces plus ou moins profondes.

Comment un homme chez qui l'éruption vaccinale s'est manifestée d'une manière bien apparente, dans les premières années de l'existence, peut-il être pris, pendant son adolescence ou sa jeunesse, par l'éruption variolique ?

C'est qu'apparemment, dit-on avec raison, la force préservatrice communiquée par le virus a fini chez certaines personnes par s'épuiser. Au bout de quelques années, l'individu arrive à ne plus subir l'influence de la vertu préservatrice du virus vaccin, et s'il se trouve en contact plus ou moins prolongé avec un homme atteint de variole, si surtout il habite une localité dans laquelle cette affection règne épidémiquement, il subit presque aussi vivement, souvent même aussi vivement qu'un homme vierge de vaccine, l'impression de cet ennemi dont il ne lui est plus possible d'empêcher l'approche.

Frappé des ravages opérés par cette affection exanthématique à virus fixe et à virus diffusible, c'est-à-dire qui se communique par contact direct de l'homme sain avec l'homme malade, et par la respiration plus ou moins prolongée d'un homme sain dans une atmosphère chargée des miasmes de la variole, le Conseil de santé, dans sa sollicitude pour tout ce qui, de près comme de loin, a trait à l'hygiène de l'armée, a bien voulu provoquer, de la part de S. Exc. le maréchal ministre de la guerre, une circulaire qui rendît obligatoire pour tous les militaires une seconde vaccination. C'est de cette revaccination, à laquelle je me suis livré il y a quelques semaines sur les hommes des deux bataillons de notre régiment présents dans la garnison de Lyon; c'est en même temps, et surtout, des circonstances qui selon moi doivent contribuer à la réussite de l'opération, que je viens vous entretenir.

L'appréciation que je vais avoir l'honneur de vous exposer sera la conséquence des faits par moi observés à la suite de l'opération de revaccination telle que je la comprends actuellement, c'est-à-dire la constatation de la différence existant entre les chiffres qui sont le résultat de l'emploi de la méthode dont je crois avoir eu le premier l'idée.

Du 10 août au 30 du même mois, 272 hommes ont été revaccinés par la méthode pour laquelle je sollicite de votre part un moment d'attention. Sur ce chiffre de 272, je n'ai obtenu que 26 insuccès, et parmi les insuccès je fais rentrer deux succès incertains, c'est-à-dire deux cas dans lesquels une ou deux pustules se sont éteintes presque aussitôt après leur apparition, sans s'être complétement développées. Soit : 1 insuccès pour 9 réussites.

Mais examinons d'abord quelle est la manière de voir généralement accréditée sur les résultats de la revaccination; autrement dit, tel nombre d'hommes revaccinés étant donné, quel est habituellement le chiffre des réussites, ou, sur 100 hommes revaccinés,

combien en moyenne doit-on en trouver chez lesquels cette opération a été couronnée de succès ?

Il est admis par la plupart des observateurs que les revaccinations ne prennent qu'une fois sur dix, ce qui tient, dit-on, à ce que la plupart des individus revaccinés conservent encore la vertu préservatrice que leur a communiquée une première inoculation. Et, si l'on fait de la revaccination une mesure générale, c'est qu'il vaut mieux, ajoute-t-on, s'exposer à faire sur la plupart des hommes une opération inutile, que de voir, sur l'effectif plus ou moins considérable dont se compose un régiment, un nombre d'hommes même très-petit être atteint par une maladie pour le moins hideuse, quand elle n'est pas mortelle.

En opposition avec ce chiffre, résultat de l'expérience de la plupart des médecins qui se livrent en grand à l'opération de la revaccination, doivent se placer les chiffres obtenus, il y a peu de semaines, au 36e de ligne, où 272 hommes, je l'ai dit, subissaient l'opération de la revaccination.

Je ne saurais oublier de mentionner qu'avant d'opérer ces 272 revaccinations, j'avais reçu de l'hôpital de la Charité de Lyon six petits tubes capillaires, contenant chacun moins d'une demi-goutte de virus vaccin. Ces tubes me servirent à revacciner six hommes, suivant la méthode ordinaire, et je n'avais obtenu de l'opération aucun effet. J'eus l'idée d'attribuer ce résultat au petit nombre de piqûres faites à chaque homme, c'est-à-dire aux quatre piqûres faites sur un seul bras, qui toujours a été le gauche, et surtout à l'inoculation d'une quantité de virus vaccin trop minime pour qu'un homme, qui déjà avait été impressionné à une époque plus ou moins éloignée par le vaccin, ne s'y montrât pas réfractaire. L'événement me donna raison, surtout pour la seconde partie de ma proposition, et c'est de la revaccination opérée d'une manière qui s'éloigne singulièrement des procédés usuels et des résultats de l'opération ainsi pratiquée, que je viens vous rendre compte.

En raison du résultat parfaitement négatif que m'avaient fournis les six tubes de vaccin que j'avais reçus des mains mêmes de l'interne chargé des vaccinations à la Charité, je me rendis de nouveau à cet hôpital, et cette fois, je reçus vingt-sept tubes, dont le contenu me servit, le 10 août, à inoculer la vaccine à treize hommes.

La lancette étant introduite horizontalement et légèrement, de manière à n'entamer que les couches superficielles du derme,

j'essuyai l'instrument chargé de matière virulente dans l'intérieur de chaque piqûre, puis, autant que possible, avant que le sang ne vînt suinter à travers la piqûre, je laissai couler à sa surface une forte goutte de virus étendu d'eau. Un individu inoculé avec succès pendant son enfance, me disais-je, doit tout naturellement, pour être impressionné une seconde fois par l'agent virulent, recevoir une quantité de virus beaucoup plus considérable que celle qui a suffi, vingt ou vingt-cinq ans auparavant, à déterminer l'éruption vaccinale. Aussi, sur les premiers sujets opérés, je fis six piqûres, puis huit, neuf, et même dix piqûres sur l'un de ces treize hommes.

Préoccupé de l'éventualité des effets consécutifs par trop énergiques de la vaccination, et surtout pour éviter d'introduire au régiment, pendant tout le temps que durerait l'opération de la revaccination, un trop grand nombre de non-valeurs, à une époque où les maladies particulières aux régions méridionales de la France sévissaient encore avec assez d'intensité sur le 36e de ligne, je respectai le bras droit, principal agent des mouvements de la vie de relation.

J'attendis quelques jours le résultat de ma revaccination du 10 août, et du 14 au 15 j'obtenais 4 succès sur les 13 hommes opérés; c'est-à-dire que déjà à cette époque, la chaleur aidant, il s'était manifesté plusieurs belles pustules avec leur éclat nacré, leur ombilic et leur auréole rosée qui s'agrandit tous les jours, sans trace d'aucun signe d'inflammation érysipélateuse.

Je tiens à appeler votre attention d'une manière spéciale sur la quantité très-notable de virus vaccin dont je disposais pour chaque homme, en même temps que je signalerai, chose à laquelle tout d'abord j'attachais aussi une grande importance pour la réussite de l'opération, le nombre de piqûres plus considérable que celui qui se fait habituellement lors des revaccinations, et qui n'excède pas, on le sait, trois ou quatre. Je dis habituellement et non toujours, d'autant que cette semaine je remarquais, dans un des derniers numéros de la Gazette des Hôpitaux, le fait de plusieurs enfants de la même famille vaccinés par un médecin civil, et qui ne subirent pas moins de dix piqûres. Il est vrai que, le procédé d'inoculation ne différant du reste en rien de celui qui depuis longtemps a cours, ce médecin n'obtenait chez deux de ces malades qu'une ou au plus deux pustules vaccinales.

C'est un fait d'observation journalière dans les séances de vaccination, qu'une lancette chargée d'une très-minime portion de virus

sert trop souvent à opérer la vaccination sur plus d'une personne.

Le jeune militaire dont le bras gauche recevait dix piqûres le 10 août me présentait peu de jours après un bras dont toutes les piqûres avaient donné lieu à une très-belle pustulation.

Ce résultat m'encouragea pendant quelque temps à continuer les revaccinations, en ne faisant pas moins de dix à douze piqûres sur la plupart des hommes, d'autant, me disais-je, que l'opération faite dans ces conditions, il me sera facile, dans l'intérêt du succès des opérations ultérieures, de recueillir une très-grande quantité de matière inoculable. Et j'eus soin, pour augmenter les chances d'absorption, de glisser une quantité très-notable de virus vaccin, et sous la forme liquide et sous la forme concrète, que m'offraient les petites croûtes qui commençaient à occuper plus ou moins complétement la partie supérieure des pustules auxquelles peu à peu elles arrivaient à se substituer entièrement.

L'opération étant désoramis effectuée comme je l'indique ci-dessus, je fus assez heureux, la température élevée que nous subissions, il y a très-peu de jours encore, intervenant fort efficacement, pour observer à peu près sur tous les hommes revaccinés des pustules magnifiques sur la plus grande partie des points inoculés, pustules qui présentaient tout l'appareil organique reconnu par les auteurs à l'éruption vaccinale. Je dirai plus loin pourquoi, jusqu'au terme de mes revaccinations, je n'ai pas poursuivi complétement le même procédé, ou, pour être plus explicite, comment je fus amené à diminuer notablement le nombre des piqûres, sans modifier du reste la partie de mon procédé fondamental au point de vue de la réussite de l'opération.

Au plus fort de la chaleur, ces pustules se manifestèrent fréquemment au bout de trente-six à quarante-huit heures, le plus souvent le troisième ou le quatrième jour de l'inoculation, et chacune des phases particulières à l'éruption vaccinale, telle qu'elle est décrite par les auteurs, ne manquait pas de se manifester ; seulement ces phases n'avaient pas toujours la durée assignée à l'évolution des pustules.

A quoi donc attribuer les différences entre les résultats observés jusqu'à ce jour, et ceux dont j'ai été le témoin? J'ai cru tout d'abord pouvoir l'expliquer de la manière suivante :

J'ai pratiqué, me disais-je, l'opération de la revaccination avec un nombre de piqûres beaucoup plus considérable que celui auquel on a recours généralement, et j'ai inoculé sous la petite incision dont chaque piqûre était l'objet, et sur cette même piqûre, une quantité

très-notable de virus. Dès lors, j'ai disséminé sur un nombre de points plus considérable, et sur un plus grand espace, une plus grande quantité de virus qu'on ne le fait ordinairement, et, l'absorption s'exerçant en même temps sur un très-grand nombre de points et sur un très-grand nombre de molécules de vaccin, j'ai ainsi augmenté de beaucoup les chances de réussite de l'opération.

Mais quelque séduisante que cette théorie ait pu me paraître, j'ai dû cesser de la mettre complétement en pratique, en raison de la lenteur de la cicatrisation des petites plaies résultant quelquefois du développement plus ou moins considérable de l'éruption vaccinale, eu égard même, chez un très-petit nombre de soldats à l'imminence de quelques phlegmons. Et alors j'ai réduit à cinq ou six le nombre des piqûres faites au bras gauche seulement, pour arriver en dernier lieu à ne plus faire que deux piqûres, mais cette fois à chacun des deux bras, et comme la quantité de virus inoculé d'après la méthode sus-indiquée restait encore considérable, le succès n'a aucunement diminué.

Loin de là (mais la circonstance est ici toute fortuite), sur 31 hommes revaccinés en dernier lieu, et cette fois avec un nombre très-peu considérable de piqûres, un seul a présenté, non pas précisément un insuccès, mais un succès douteux ou incertain, et nous devons à l'instant nous expliquer sur le sens de ces mots : — le succès était incertain à nos yeux, lorsque le très-petit nombre de pustules qui se manifestaient s'éteignaient aussitôt après leur apparition.

C'est donc à l'introduction d'une grande quantité de virus vaccin dans la petite plaie résultant de la piqûre et à la juxtaposition à la surface de cette plaie d'une gouttelette de virus, qui à la longue est absorbée en tout ou en partie, qu'il faut attribuer le succès à peu près constant de ces récentes opérations de revaccination. Le registre des vaccinations porte 26 insuccès pour 272 opérations de revaccination, soit, disions-nous, 1 insuccès pour 10 hommes opérés, ce qui est précisément l'inverse du résultat auquel on est aujourd'hui habitué. N'oublions pas que parmi mes 26 insuccès, j'inscris mes 2 succès incertains.

Enfin, disais-je, la température si éminemment diaphorétique de la saison d'été a quelque peu contribué au résultat de mon opération. Cette température m'a permis d'arriver, en un laps de temps beaucoup plus court que celui qu'on observe généralement, à obtenir la pustulation caractéristique de l'éruption vaccinale.

Telles sont, je crois pouvoir l'affirmer, jusqu'à preuve bien démontrée du contraire, les circonstances dont la connaissance pourra

désormais rendre plus fréquente la réussite de la revaccination, et les faits suivants vont encore servir à prouver que, si le plus souvent la revaccination a échoué, si parfois même une première vaccination n'a pu réussir, c'est que généralement ces opérations sont exécutées d'une manière très-incomplète, très-défectueuse, quant à la quantité de matière inoculée, quant à sa qualité, peut-être même aussi quant à la façon dont on dirige la lancette sous la peau.

J'ai revacciné ces jours-ci un homme chez qui la première opération de vaccination remontait à peine à deux ans. Son livret portait : « vacciné en 1858 sans succès, » et cependant, alors comme aujourd'hui, on se trouvait à une époque éminemment favorable à l'évolution de la pustule préservatrice. Le bras de ce militaire ne présentait aucune trace de la réussite d'une inoculation antérieure. Le 15 août, je revaccinai cet homme, moins dans l'espérance d'arriver à constater dans une seconde opération ce qu'un autre médecin n'avait pu obtenir dans une première inoculation, que pour me conformer rigoureusement aux dispositions de la circulaire ministérielle qui fait de la seconde vaccination une mesure générale, à laquelle personne, par conséquent, ne peut se soustraire; et quel fut mon étonnement, en même temps que ma satisfaction, quand, dès le 17, j'aperçus, sur le bras de cet homme vacciné deux ans auparavant sans succès, huit pustules transparentes offrant tous les caractères de l'éruption normale, pustules que j'inoculai immédiatement à plusieurs de ses camarades.

Un autre fait, qui vient corroborer mon assertion, m'a été offert par quelques hommes revaccinés, sans succès en 1858. Ces hommes, voyant un développement aussi général de l'éruption chez leurs camarades, sont venus spontanément me prier de leur faire une nouvelle inoculation. Je me rendis à leurs désirs, et chez presque tous l'inoculation réussit : leur livret, signé deux ans auparavant, portait à l'article *revaccination* le témoignage de l'insuccès. Il est vrai que, pour expliquer ce dernier résultat, on pourrait aussi alléguer avec assez de raison que, si l'opération n'a pas réussi il y a deux ans, c'est qu'apparemment les hommes inoculés à cette époque jouissaient encore de l'immunité variolique que leur avait concédée une première vaccination, et qu'ultérieurement ils avaient perdu cette force préservatrice, pour la recouvrer après cette récente inoculation.

Mais alors ce fait ainsi interprété, d'autant que chacune de ces explications a également sa raison d'être, militerait victorieusement en faveur de l'inoculation vaccinale renouvelée toutes les quelques

années. Il semblerait même commander de revacciner tous les deux ans, jusqu'à pustulation bien manifeste, les militaires et tous les jeunes gens chez lesquels une seconde vaccination n'a pas réussi, car ne pourraient-ils pas, se trouvant un jour au centre d'une épidémie de variole, payer un tribut plus ou moins large à l'exanthème variolique, comme l'expérience démontre que la chose a parfois lieu pour les hommes chez lesquels il ne s'est développé qu'une seule et unique pustule vaccinale.

A ce fait, qu'on veuille l'interpréter en même temps par les deux explications, ou seulement par la dernière, je demande la permission de rattacher ma propre observation, ma propre histoire vaccinale, si je puis dire. A douze ans, à dix-huit ans et à vingt-sept ans, je fus revacciné avec un insuccès constant. Ces jours-ci, néanmoins, je fus curieux de renouveler à trente et un ans l'inoculation, afin de m'assurer si, malgré mon procédé opératoire, ma préservation promettait d'être illimitée, et, m'étant revacciné moi-même sur le bras gauche, par inoculation d'une grande quantité de virus, j'obtins la pustulation parfaitement caractéristique de l'éruption normale.

Un dernier mot pour prouver combien il est prudent que tout homme bien portant, et par conséquent capable de supporter sans inconvénient le petit mouvement de fièvre presque inséparable de l'évolution des phénomènes locaux de pustulation, n'essaye pas de s'affranchir de cette rigoureuse obligation de la revaccination. Voulant me conformer scrupuleusement et sans restriction aucune à la circulaire du 31 décembre 1857, j'allai, ces jours-ci, jusqu'à inoculer la vaccine à des hommes qui présentaient des traces bien évidentes d'infection variolique. Trois hommes se trouvaient dans ce cas : ils furent vaccinés, et deux d'entre eux m'offrirent, peu de jours après, de très-belles pustules vaccinales. Bien que vaccinés ces jours-ci pour la première fois, nos variolés peuvent être considérés comme des revaccinés, puisqu'une variole très-prononcée avait remplacé depuis une époque plus ou moins reculée les phénomènes de l'inoculation vaccinale qu'on avait négligée; et, d'après les idées régnantes sur les causes de la réussite de la revaccination, ne paraît-on pas fondé à dire que ces hommes, chez qui l'éruption vaccinale avait si bien réussi, ne jouissaient plus du privilége de l'immunité variolique que semblait leur avoir mérité une première atteinte de variole à manifestation locale très-prononcée ? En effet, n'est-il pas positif que le même homme peut très-exceptionnellement subir deux atteintes de variole? Pour être rares, les exemples de ce fait n'en existent pas moins. Il y a quelques heures à peine,

une des personnes les plus respectables que notre régiment s'honore de posséder, et dont la droiture d'esprit, la parfaite rectitude de jugement ne peuvent faire suspecter la véracité, affirmait, dans une société dont je faisais partie, avoir vu, lors d'une grave épidémie de variole que subirent les habitants du chef-lieu du département de l'Ardèche, un homme d'environ quarante ans contracter l'affection variolique dont il portait cependant les traces bien manifestes sur la physionomie. La variole fut confluente, et ce n'est qu'après un très-long temps que le malade, qui avait inspiré de sérieuses inquiétudes aux hommes de l'art, revint à la santé. La veille du jour où cet habitant de Privas commençait à offrir l'exemple si rare d'une récidive de variole, quelqu'un lui avait conseillé, devant une personne de la famille chez laquelle venait de se manifester le terrible exanthème, de se soumettre à l'opération de la vaccination.

En terminant ces quelques considérations sur la différence dans les résultats observés par la généralité des médecins revaccinateurs et par moi-même, j'ose à peine mentionner mon intervention, dès que je vois un gonflement un peu notable survenir, ou lorsque apparaît dans le bras une douleur un peu marquée. Je dirai cependant que, dans le but de prévenir les accidents, au pourtour des points où j'ai cherché par l'inoculation à déterminer des phénomènes locaux exanthémathiques, j'applique une petite couche d'onguent mercuriel que je recouvre d'un linge de toile fine et usée, plié en plusieurs doubles. Si la région axillaire tend le moins du monde à se prendre, je place dans l'aisselle un plumasseau chargé de la même pommade et convenablement maintenu, me tenant prêt à agir d'une manière plus circonstanciée, c'est-à-dire plus efficace, par les cataplasmes émollients simples ou laudanisés, les purgatifs et les bains de pieds, etc., si ces moyens dissolvants placés à côté du mal ne devaient pas suffire pour en amener la prompte et entière disparition.

Quelles que soient l'impression que produira la lecture de ce compte rendu et les interprétations diverses qui se produiront peut-être à l'occasion des faits nouveaux et inattendus que je cherche à mettre en lumière, il n'en ressortira pas moins ce fait bien évident, que l'inoculation vaccinale, suivant la manière dont elle est pratiquée, et suivant les quantités et la qualité de la matière virulente employée, donne lieu à des résultats très-différents. Ces résultats expérimentés comparativement sur un grand nombre de points ne manqueraient pas, j'en ai la conviction bien profonde, d'aboutir à

rendre de plus en plus rare la production de la variole, et nous serions alors trop heureux, en faisant faire un pas à la scienee d'avoir rendu à l'humanité un véritable serviee.

Gustave Goupil,
Médecin aide-major de première classe
au 36e régiment d'infanterie de ligne.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la valeur et des résultats des différentes opérations pratiquées pour remédier aux imperforations congénitales du rectum. — Tel est le titre d'un mémoire qu'un savant chirurgien anglais, M. Curling, a lu dernièrement à la Société médico-ehirurgicale de Londres, et l'importance des questions qui y sont soulevées et résolues par des faits nombreux nous engage à revenir sur une question à laquelle nous avons cru devoir accorder nous-même notre attention à plusieurs reprises.

Les faits rassemblés par M. Curling, et appartenant tant à d'autres ehirurgiens qu'à lui-même, sont au nombre de 100, dont 68 recueillis chez des enfants du sexe masculin, et 32 ehez des sujets du sexe féminin ; mais ces vices de conformation ne se présentent pas toujours semblables à eux-mêmes, et voilà pourquoi M. Curling a eru devoir établir einq classes prineipales :

1° *Imperforation de l'anus avec absence partielle ou totale du rectum.* 26 cas : 21 garçons et 5 filles. Dans 14 de ces cas, l'intestin a été ouvert à la région anale ; dans les 12 autres, l'opérateur n'a pu l'atteindre. Les 14 premiers eas ont donné 5 succès et 9 morts. Quant aux 12 autres, 2 se terminèrent par la mort sans aucune tentative ultérieure ; dans 7, la côlotomie fut pratiquée au pli de l'aine (1 seule mort) ; dans 3, le côlon fut ouvert à la région lombaire (1 guérison et 2 morts). Parmi les 5 cas dans lesquels l'opération première eut un plein succès, il en est un très-intéressant, puisque le rectum manquait complétement. Dans 3 cas, on s'était borné à une incision pure et simple de l'intestin ; on eut plus tard assez de difficulté à assurer le libre écoulement des matières. Dans les 2 autres cas, un rétrécissement avait été prévenu en attirant l'intestin jusqu'à la région anale.

2° *Anus s'ouvrant dans un cul-de-sac, avec absence partielle ou totale du rectum.* 31 cas : 17 garçons et 14 filles. Dans 16 de ces cas, l'intestin put être atteint et ouvert (6 succès et 10 morts). Dans 11 cas, l'opérateur ne put atteindre l'intestin ; 6 se termi-

nèrent d'une manière funeste, sans aucune autre opération. Dans 2 cas, la côlotomie fut pratiquée sans succès au pli de l'aine. Dans 3 cas le côlon fut ouvert à la région lombaire (1 succès, 2 morts). Dans 4 cas, on eut recours à la côlotomie, sans aucune opération sous-pelvienne préalable, 3 fois au pli de l'aine (succès), et 1 fois à la région lombaire (mort). En analysant les 10 cas de succès après l'opération sous-pubienne, l'auteur montre que dans les cas où la cloison était mince le passage a été facilement rétabli, tandis que dans d'autres, où il y avait un intervalle de quelque étendue entre les deux extrémités de l'intestin, on a éprouvé une grande difficulté à empêcher le rétrécissement, à moins qu'on n'eût attiré l'intestin en bas et qu'on ne l'eût fixé à l'anus.

3° *Imperforation de l'anus, chez des sujets du sexe masculin, avec absence partielle ou totale du rectum et communication avec l'urètre ou le col de la vessie.* 26 cas : quelques-uns de ces cas étaient assez remarquables en ce que la vie a pu se conserver sans accidents pendant plusieurs mois, l'ouverture de communication permettant une issue assez libre des matières. De ces 26 cas, il en est 15 dans lesquels l'opérateur a pu atteindre l'intestin (9 guérisons et 6 morts). Dans 9 autres cas, l'opérateur n'a pu trouver l'intestin : 7 se sont terminés d'une manière funeste, sans aucune opération ; dans un 8e, côlotomie inguinale sans succès ; insuccès également de la côlotomie lombaire dans le 9e. Dans 2 cas, aucune tentative pour atteindre l'intestin par le périnée ; mais le côlon fut ouvert au pli de l'aine (1 succès, 1 mort). Dans 7 cas de succès obtenus par l'incision, on éprouva plus ou moins de difficulté à maintenir le passage libre. Dans le seul cas où l'intestin fut fixé à la peau, le rétrécissement n'eut pas lieu et l'enfant était encore très-bien à l'âge de cinq ans. La fistule urétrale ne s'est pas oblitérée dans tous les cas, et dans plusieurs cas cette non-occlusion ne fut pas sans inconvénient sérieux.

4° *Imperforation de l'anus chez des sujets du sexe féminin, avec absence partielle du rectum et communication avec le vagin.* 11 cas. Une circonstance assez curieuse dans ce genre de vice de conformation, c'est qu'on a vu des personnes se soumettre toute leur vie aux ennuis qu'il impose, sans réclamer une opération. On comprend du reste que le rectum descendant très-bas dans les cas de ce genre, l'opérateur ne peut manquer de l'atteindre ; dans les 11 cas, le rectum fut ouvert et, dans 1 de ces cas, la mort eut lieu par le fait de la distension excessive du rectum, l'opération ayant été retardée trop longtemps. Des 10 autres cas, 8 sont considérés comme ayant été traités avec succès, tandis que dans les 2 autres l'insuccès pa-

rait avoir été dû à la rétraction, et à la négligence des parents relativement aux moyens propres à assurer l'écoulement des matières. Au reste, dans ce vice de conformation, il n'importe pas seulement d'ouvrir un orifice d'écoulement au périnée; il faut aussi, et ce n'est pas la partie la plus facile, obtenir l'occlusion de l'ouverture primitive. Or, dans un seul cas, le succès a été complet à ce point de vue, la nature ayant oblitéré elle-même l'ouverture de communication, et les opérations entreprises pour fermer cette ouverture n'ont été suivies, dans aucun cas, d'un résultat avantageux.

5° *Imperforation de l'anus, avec absence partielle du rectum et ouverture à l'extérieur dans une situation anormale, par une fente étroite.* 6 cas : 4 garçons et 2 filles. Chez les garçons, l'ouverture anormale était au périnée, immédiatement derrière le scrotum dans 2 cas, sur le raphé scrotal dans 1 cas, et au devant du scrotum dans un autre cas. Chez les filles, l'ouverture était au périnée, au voisinage du vagin ou à la commissure postérieure de la vulve. Dans tous ces cas, l'ouverture était insuffisante et la défécation plus ou moins difficile. Dans cette forme comme dans la précédente, le rectum a toujours été atteint sans difficulté et deux opérations ont été pratiquées pour remédier à ce vice de conformation : 1° l'élargissement de la fente (2 cas); 2° l'établissement d'un nouvel orifice à l'endroit ordinaire (4 cas).

De tout ce qui précède il résulte que l'opération qui consiste à ouvrir un anus artificiel à la région périnéale est celle qui a donné les plus grands succès ; mais que l'opération n'a généralement des résultats définitifs qu'autant que l'on se conforme au précepte donné par Amussat d'abaisser l'intestin et de le fixer par des points de suture aux bords de la plaie. Encore n'est-on pas toujours à l'abri d'accidents ultérieurs possibles, résultant des troubles de la défécation occasionnés, comme M. Curling l'a constaté directement, par une sorte d'atrophie de la membrane musculaire de l'intestin. Quant à l'opération sus-pubienne, la côlotomie inguinale ou lombaire, il est bien démontré par les faits rassemblés par M. Curling qu'il n'y a pas de comparaison à établir entre les deux opérations. Sur 21 cas de côlotomie, 14 ont été pratiqués par la région inguinale, 5 fois sans opération préalable (4 succès et 1 mort), 9 fois après des tentatives pour atteindre l'intestin par le périnée (5 succès et 4 morts), 7 ont été pratiqués à la région lombaire (2 succès et 5 morts). Des 9 cas dans lesquels la côlotomie a été pratiquée par la région inguinale, 1 a survécu un mois, 2 sont morts du choléra dans les quatorze premiers mois, un 5e a survécu trois ans, et un

6e était vivant à l'âge de treize ans. M. Rochard a donné des détails sur les trois autres, dont un est mort à quarante-trois ans et les deux autres sont encore vivants à quarante-trois et quarante-six ans. Des 7 cas de côlotomie pratiqués à la région lombaire gauche, 5 sont relatifs à des cas traités déjà par l'opération périnéale sans succès (3 morts). Dans les 2 cas suivis de guérison, un enfant a vécu jusqu'à l'âge de sept ans et l'autre ne doit pas avoir vécu plus de sept semaines. La côlotomie lombaire présente en effet de très-grandes difficultés, qu'on ne rencontre pas dans celte opération pratiquée à la région inguinale : ainsi les irrégularités dans la disposition anatomique du rectum, qui ne permettent pas toujours de rencontrer cet intestin et surtout de l'ouvrir sans blesser en même temps le péritoine. M. Curling dit s'être assuré que l'opinion émise par M. Huguier dans ces derniers temps, relativement à la situation du côlon dans la fosse iliaque droite, n'est pas aussi certaine qu'a bien voulu le dire le chirurgien de l'hôpital Beaujon.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Adénites sous-maxillaires *causées par la dentition.* Il est question dans les auteurs du rapport des adénites avec la carie dentaire, mais on n'y voit rien ou à peu près rien concernant le rapport de ces adénites avec le travail de la dentition. C'est là cependant un genre d'influence qu'il importe d'autant plus de connaître, que, faute de rapporter ces engorgements à leur véritable cause, on peut commettre de graves erreurs de diagnostic et partant s'engager dans des pratiques vicieuses. Souvent témoin de méprises de ce genre, M. le docteur Gouriet, de Niort, s'est efforcé de préciser les circonstances qui s'y rattachent; d'après un grand nombre de faits, il a établi les propositions suivantes :

1° Lorsque, pendant le cours d'une dentition, aucune lésion apparente de la peau ou des muqueuses ne peut rendre compte d'une adénite sous-maxillaire, la dentition, envisagée comme cause, est la règle, et la diathèse scrofuleuse l'exception.

2° Ces sortes de tumeurs n'ont pas besoin, pour se développer, que la muqueuse buccale soit enflammée ou ulcérée, il suffit qu'il y ait retard dans la sortie des dents; le travail qui se fait alors du côté du bulbe dentaire détermine une réaction ganglionnaire par l'entremise des vaisseaux lymphatiques profonds qui rampent à la face inférieure du chorion muqueux.

3° L'iodure de potassium *intus et extra*, les résolutifs en général combattent l'effet sans s'adresser à la cause; ils offrent peu de chances chez les adultes et échouent presque invariablement chez les enfants, à cause de la marche rapide que prennent chez ces derniers les affections phlegmoneuses.

4° Cet accident semble empêcher les autres accidents de la dentition d'être aussi graves (ce qui ne veut pas dire qu'il faille s'en applaudir).

Ces observations résultent de l'examen d'enfants nés de parents sains, parfaitement sains eux-mêmes et placés dans les meilleures conditions hygiéniques.

La sortie de la dent de sagesse peut donner lieu au même accident, mais dans des proportions plus grandes. En voici un exemple :

Dans le courant de janvier dernier, un garçon de vingt-quatre ans, fort, vigoureux, n'offrant les signes d'aucune diathèse, est pris d'une vive douleur au fond de la bouche et d'une grande gêne de la déglutition. En même

temps une grosseur se manifeste à la région sous-maxillaire gauche. Ces divers symptômes s'aggravent rapidement. Lors de la première visite, une semaine après l'invasion de ces accidents, M. Gouriet constate l'état suivant : fièvre intense, respiration pénible et bruyante; impossibilité d'écarter les mâchoires et de rien avaler; torticolis très-prononcé, qui fait pencher la tête vers l'épaule droite; sous la branche gauche du maxillaire existe une tumeur du volume d'un œuf d'oie, tendue, résistante, au centre de laquelle le toucher fait reconnaître un noyau plus dur encore, gros comme une forte noix. Toute cette partie est le siége de douloureux élancements. Point de fluctuation. Jugeant le mal trop avancé pour en espérer la résolution, M. Gouriet prescrit des cataplasmes maturatifs arrosés de laudanum. Cinq jours s'écoulent au milieu d'atroces souffrances et de menaces incessantes de suffocation. Enfin M. Gouriet perçoit un point fluctuant et fait une ponction avec la lancette: il en sort une quantité considérable de pus phlegmoneux et bien lié. L'écoulement se réitère à diverses reprises pendant près d'une semaine; et lorsque, le jour après, le malade peut ouvrir assez la bouche pour montrer le fond de cette cavité, on aperçoit la dent de sagesse inférieure gauche presque entièrement sortie et entourée d'un rebord gengival très-épais, à lobes inégaux non ulcérés.

Beaucoup de cas de ce genre ont dû faire croire à des adénites idiopathiques, ou, si le pus avait mauvais aspect, à des adénites scrofuleuses.

Pour ce qui est du traitement de ces adénites, voici ce que conseille M. Gouriet : d'abord recourir aux résolutifs; puis, dans le cas où ces moyens échoueraient, ce qui est le cas le plus général, chez les enfants surtout, faire mûrir l'engorgement à l'aide de cataplasmes et ouvrir avec la lancette dès que la fluctuation se fait sentir. Si l'orifice se referme, on l'entr'ouvrira chaque jour avec le bouton d'un stylet ou la tête d'une épingle, jusqu'à détersion complète. (*Gazette des hôpitaux*, septembre 1860.)

—

Albuminurie *rénale* (*Bons effets des diurétiques dans le traitement de l'*). On sait que les médecins sont encore très-divisés d'opinion relativement à l'utilité des diurétiques dans les formes aiguës et subaiguës de la maladie de Bright, les uns pensant, avec Bright lui-même, que les diurétiques augmentent les accidents, les autres professant avec Christisen que les diurétiques non-seulement n'augmentent pas la coagulabilité de l'urine dans les premières périodes, mais que dans beaucoup de cas même ils paraissent la diminuer. M. Gairdner va plus loin encore que Christisen et pense que là où les diurétiques échouent, il y a peu à compter sur d'autres moyens. Bien plus, dans son opinion, ce n'est pas dans l'anasarque albuminurique qu'ils auraient le plus d'insuccès; car on les verrait échouer plus souvent encore dans les hydropisies des périodes avancées des maladies du cœur, des stagnations veineuses et principalement des obstacles au cours du sang dans la veine porte. Dans l'hydropisie rénale simple, au contraire, soit aiguë, soit chronique, l'emploi un peu large des diurétiques salins, aidés quelquefois des préparations de fer ou de digitale et de l'emploi secondaire ou accessoire des bains tièdes, est la clef d'un traitement sûr et efficace tant contre l'hydropisie que contre l'albuminurie elle-même. M. Gairdner rapporte plusieurs cas à l'appui de cette opinion qui n'a contre elle, ajoute-t-il, que des idées purement spéculatives, en dehors de l'expérience clinique. (*Edinburgh med. Journal*, mai.)

—

Alcool. *Son emploi comme méthode abortive des fièvres d'accès.* Dans un travail récent sur un sujet étranger à la médecine, mais qui s'y rattache néanmoins par les liens de l'hygiène, la viticulture, M. le docteur Ed. Burdel faisait ressortir les avantages de l'usage du vin pour prévenir ou combattre un grand nombre d'états cachectiques, et en particulier la chloro-anémie et l'intoxication paludéenne. M. le docteur Jules Guyot vient à cette occasion de faire connaître les résultats de quelques heureux essais qu'il a faits de l'usage des alcooliques pour faire avorter les accès fébriles, en partant des applications qu'il a faites de ce même moyen dans la période algide du choléra, durant les épidémies de 1849 et 1853-54.

« Au printemps de 1855, dit-il, mon chef d'attelage, jeune homme intelligent, actif et robuste, fut repris d'une fièvre intermittente tierce, qu'il avait déjà eue au printemps et à l'automne précédents : je laissai régler la fièvre par deux accès, malgré les prières du malade, pour lequel la pé-

riode de frisson était un état convulsif redouté, et, au début du troisième accès, au moment où le tremblement algide était le plus développé, je lui administrai deux petits verres de rhum à 55 degrès : comme cela arrivait souvent dans le choléra, le malade fut surpris, retourné, suivant son expression, et il s'enfouit, en s'agitant, sous ses couvertures ; mais au bout de cinq minutes, il sortit la tête pour dire qu'il se réchauffait et se trouvait bien. Je lui donnai un troisième petit verre de rhum, et une demi-heure après le malade était habillé et se promenait au soleil : l'accès de fièvre ne vint pas cette fois et ne revint plus. » M. J. Guyot agit de même sur un aubergiste de Sillery, puis sur une fille de basse-cour, et enfin sur un Belge, chef de terrassiers. Dans ces trois cas, le résultat fut aussi net et aussi favorable que dans le premier, excepté chez le Belge, qui fut pris, deux jours après, d'un nouvel accès qu'il a guéri lui-même en prenant deux petits verres d'eau-de-vie à la cantine, lorsqu'il sentit l'invasion du frisson.

Un fait analogue s'était accompli sous les yeux de notre confrère, quinze ans auparavant, sans qu'il pût alors en bien comprendre la portée.

M. C***, ingénieur habile, était allé en Afrique pour étudier un chemin de fer. Il y avait pris une fièvre intermittente dont le sulfate de quinine et le régime le plus sévère n'avaient pu le débarrasser encore au bout de six mois. Étant allé voir M. Guyot, celui-ci l'invita à dîner, et, bien qu'il s'excusât sur son accès de fièvre, attendu vers dix heures du soir, notre confrère insista tellement que M. C*** accepta ; il dîna fort bien, et le dîner ne manqua ni de vins généreux, ni de bon rhum à la fin. M. C*** n'eut pas son accès et n'entendit plus parler de sa fièvre.

Voici un dernier fait à l'appui de l'action de l'alcool potable contre l'accès de fièvre intermittente déclaré, dans sa période algide : M. Eugène C***, ayant séjourné plusieurs mois en Afrique, y contracta une de ces fièvres d'intoxication, bien connues par leur violence et leur ténacité, et, depuis cette époque jusqu'à ces derniers temps, il en était repris par longues périodes, au printemps et à l'automne ; le printemps de 1860 ramena ces accès aussi violents que par le passé : la fièvre affectait cette fois le type quarte. Il y a quelques semaines, M. Eug. C*** alla trouver M. Guyot, lui manifestant une grande agitation et une vive inquiétude de l'accès qu'il attendait le soir même. Il ne faisait plus rien, il avait usé, sans succès, de tous les moyens et ne se sentait le courage de reprendre aucun traitement ; et pourtant chaque accès était un supplice pour lui, surtout la période convulsive de refroidissement. Sur l'avis de M. Guyot, M. Eug. C*** prit aussitôt du rhum, et son accès fut arrêté en dix minutes et supprimé. A trois jours de là, se sentant pris d'un nouvel accès, il prit du rhum, et, un quart d'heure après, il reprenait sa course en parfaite santé. A partir de ce moment la fièvre n'a plus reparu. (*Union médicale*, septembre 1860.)

Café *dans le traitement de l'asthme nerveux ou essentiel.* L'usage du café dans l'asthme nerveux ou essentiel n'est pas nouveau, sans doute. Cependant, l'opinion des praticiens ne paraît pas encore parfaitement fixée sur la valeur de ce moyen, qui, s'il faut en croire les médecins qui y ont eu quelquefois recours, aurait tantôt échoué, tantôt donné des résultats très-satisfaisants. Il n'est donc pas inutile, dans cet état de doute, de recueillir des faits nouveaux. En voici deux qui se sont passés récemment dans le service de M. le professeur Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, et qui, à ce titre, méritent l'attention :

Un homme de trente-deux ans, garçon de salle, asthmatique depuis son enfance, a usé et abusé de toutes les médications habituellement mises en usage dans cette affection, sans en obtenir aucun soulagement. Entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, on lui administra, les premiers jours, du café pour combattre un empoisonnement par la belladone ; une fois ces accidents dissipés, on continua l'administration du café, qui avait paru modifier les attaques. Chaque jour, il prenait 250 grammes d'une infusion de café faite dans les proportions suivantes :

Café	125 grammes.
Eau	250 grammes.

En même temps, il fumait des feuilles de datura-stramonium. Sous l'influence de cette médication, et quoiqu'il eût l'habitude, avant d'entrer à l'hôpital, de prendre du café deux fois par jour, il vit ses attaques d'asthme diminuer en nombre et en intensité. Ainsi, après quinze jours de traitement, il constata que ses grandes at-

taques, qui duraient en moyenne soixante-quinze heures, ne duraient plus que deux heures. Pendant environ six semaines, ce malade a fait usage du café; il s'en est très-bien trouvé. Une attaque assez forte étant survenue depuis, M. Trousseau lui a fait administrer du quinquina en poudre, 4 grammes, dans son infusion de café. Le mieux se rétablit bien vite, et, dix jours après, il sortait de l'hôpital allant bien.

Le second fait est relatif à un homme de trente-six ans, asthmatique depuis six ans, entré le 1er octobre à l'hôpital. On commença par lui faire fumer des feuilles de stramoine et on lui donna du quinquina. Les attaques diminuèrent en nombre et en intensité, mais le résultat n'était pas entièrement satisfaisant. Le 16 novembre, on ajouta une infusion de café dans la proportion suivante :

Café...........	30 grammes.
Eau...........	125 grammes.

Le quinquina n'était administré qu'un jour sur deux et le café tous les soirs. Dès ce moment, le malade, qui est peu enthousiasmé de l'effet du café, avoue cependant que ses attaques se modifient tous les jours; elles deviennent moins nombreuses et sont moins fortes lorsqu'elles viennent. L'usage du café ayant été continué, joint à l'administration du quinquina, les accès ont graduellement décru et le malade est sorti de l'hôpital dans les premiers jours de janvier, très-soulagé et éprouvant un bien-être tel qu'il n'en avait pas éprouvé de semblable depuis longtemps. (*France médicale*, sept. 1860.)

Eclampsie puerpérale (*De l'*) *et de son traitement*. Dans un travail clinique et statistique remarquable qui a été couronné par la Société médico-chirurgicale de Bruges, M. le docteur Liégard, de Caen, résume en ces termes son appréciation des divers moyens de traitement employés contre l'éclampsie, et en particulier des anésthésiques.

Frappé des heureux résultats qui ont accompagné l'emploi du chloroforme chaque fois qu'il a été opposé aux crises éclamptiques, et des résultats souvent négatifs qui ont suivi les autres modes de traitement, s'appuyant en outre sur les idées théoriques qu'il adopte sur la nature de cette affection, c'est aux anésthésiques que M. Liégard veut que le praticien se confie comme en sa seule ancre de salut. M. Liégard reconnaît deux espèces d'éclampsie : l'éclampsie anémique comme règle, la pléthorique comme exception. A cette dernière seule il oppose les émissions sanguines, en indiquant dans quelle mesure ; dans l'éclampsie anémique, le traitement par le chloroforme doit être institué. Quant aux autres moyens, ils rencontrent leurs cas particuliers d'application. Ainsi, dans le cas d'accouchement à terme, s'il y a inertie utérine avec dilatation suffisante du col sans rigidité, on se trouvera bien de l'emploi du seigle ergoté; les incisions multiples contre la rigidité du col utérin devront être employées lorsque les moyens usuels, frictions belladonées, douches utérines, auront été impuissantes. Quand l'éclampsie survient avant terme, M. Liégard recommande encore les anésthésiques, afin d'éviter toutes les causes d'irritation de l'utérus. Il s'élève contre l'accouchement provoqué dans la majorité des cas. Enfin, dans les cas où l'état de la femme enceinte ferait craindre des crises éclamptiques futures, c'est aux ferrugineux, aux toniques, au régime fortifiant qu'il conseille d'avoir recours.

Voici quelques calculs statistiques établis en vue de démontrer l'utilité du chloroforme en pareil cas :

Il y a 1 cas d'éclampsie sur 200 accouchements. On a employé le chloroforme dans 10,000 accouchements ; or, comme il est établi que l'éclampsie a fait périr 1 malade sur 2, on a donc sauvé la vie à 20 femmes et à autant d'enfants. Mais il y a plus : sur 6 femmes grosses œdématiées et albuminuriques, il y a 1 cas d'apoplexie. En employant le chloroforme dès que le travail sera bien établi et sans attendre même de convulsions chez toutes ces femmes, et le continuant sans interruption jusqu'à la fin du travail, d'après la statistique de M. Becquerel, sur 100 femmes placées dans ces circonstances, on aura évité l'éclampsie de 15 à 18 fois, leur mort 8 fois et celle des enfants 10 fois. (*Ann. de la Société médic. de Bruges* et *Gaz. méd. de Paris*, sept. 1860.)

Iritis *des enfants syphilitiques*. Plusieurs circonstances donnent à l'iritis syphilitique des enfants une importance plus grande que ne semble le comporter son peu de fréquence. En raison de sa marche insidieuse, elle peut aisément passer inaperçue, et une pareille méprise peut entraîner des conséquences sérieuses, cette affection aboutissant presque inévita-

blement à l'abolition de la vision, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même. Aussi lira-t-on avec intérêt, nous n'en doutons pas, les résultats des recherches que vient de faire sur ce sujet M. le docteur Jonathan Hutchinson, chirurgien du Metropolitan Free Hospital de Londres.

L'iritis syphilitique des enfantss'observe bien plus fréquemment chez les petites filles que chez les garçons. Sur 19 observations où le sexe des malades a été noté, il n'y a que 5 garçons et 14 filles. La plus grande fréquence de cette affection tombe sur l'âge de cinq mois. Le sujet le plus jeune avait sept semaines au début de l'iritis, le plus âgé seize mois. Les cas dans lesquels l'iritis occupe les deux yeux à la fois et ceux dans lesquels un seul œil est affecté sont à peu près également fréquents. Dans le tableau de M. Hutchinson, l'iritis était double dans 9 cas, simple dans 11. Il est probable, toutefois, que cette dernière série comprend des cas dans lesquels une iritis passagère de l'œil supposé sain a passé inaperçue, et d'autres dans lesquels l'œil sain s'est pris postérieurement à l'époque où les malades ont été perdus de vue. L'intervalle qui sépare l'apparition successive de l'affection dans les deux yeux peut en effet être assez considérable, et le traitement mercuriel, efficace contre une iritis simple, n'empêche pas toujours l'autre œil de se prendre consécutivement. L'iritis syphilitique, chez les jeunes enfants, est rarement compliquée et ne s'accompagne pas de la plupart des symptômes graves qui caractérisent la même affection chez les adultes. Dans la grande majorité des observations, il n'existait aucun trouble de la cornée, et la photophobie ne s'est également montrée qu'un petit nombre de fois. L'absence de toute congestion de la sclérotique a été aussi très-remarquable dans plus de la moitié des observations, et dans presque toutes la douleur paraissait manquer totalement. Toutefois, dans un petit nombre de cas, la zone rosée dénotant la congestion sclérotícale était très-prononcée, l'œil très-sensible à la lumière et la cornée trouble. En règle générale, l'affection est très-insidieuse. Malgré cette absence des symptômes d'inflammation aiguë, l'épanchement de lymphe plastique est ordinairement très-abondant et entraîne avec une grande facilité l'occlusion de la pupille.

Le traitement mercuriel triomphe très-facilement de l'iritis syphilitique des enfants et permet d'obtenir aisément la résorption complète de la lymphe épanchée, pourvu qu'il soit employé à temps. Ce résultat a même été obtenu dans des cas où les produits d'exsudation, de date assez ancienne, paraissaient s'être parfaitement organisés. Toutefois, ce traitement n'a presque aucune utilité prophylactique. Un grand nombre de sujets y avaient été soumis précédemment pour des accidents de syphilis héréditaire autres que l'iritis. Dans un cas, l'iritis apparut d'un côté en plein traitement mercuriel dirigé contre la même affection de l'œil du côté opposé. (*Medic. Times and. Gazette* et *Gazette hebdom.*, sept. 1860.)

Moignon douloureux; *guérison par l'association des préparations de morphine et de quinquina.* Quelles sont les causes des douleurs que les amputés éprouvent si souvent dans leurs moignons, et quels sont les moyens les plus efficaces pour les combattre? D'après M. le professeur Gross, qui a fait de cet accident l'objet d'une étude particulière, ces douleurs, de nature névralgique et qui débutent à une époque variable après l'opération, et se prolongent souvent en dépit du traitement le plus judicieux et le plus persévérant, se rencontrent le plus habituellement chez des personnes nerveuses, irritables, déjà sujettes aux névralgies. Les femmes y sont plus exposées que les hommes, et chez elles l'attaque de la névralgie coïncide ordinairement avec l'époque menstruelle. Cette névralgie est parfois périodique, surtout dans les pays où existe l'influence miasmatique; le plus souvent, cependant, elle est persistante. Dans les cas où la douleur atteint son maximum d'intensité, la cause immédiate, suivant M. Gross, est le développement des branches nerveuses qui se ramifient dans le moignon. Cette augmentation de volume des filets nerveux se produit, après presque toutes les amputations, à un degré variable, mais il ne constitue un état de maladie que quand il atteint des proportions considérables. La sensibilité qui résulte de la formation de ces tumeurs nerveuses est telle que le plus léger attouchement y est intolérable. La santé générale subit une influence curieuse de cet état local. En un mot, arrivée à ce degré, la maladie constitue un état sérieux et réclame une intervention active de la part du chirurgien; si la tumeur nerveuse est isolée et facilement

accessible, on devra l'enlever; existe-t-il plusieurs tumeurs situées profondément, c'est à une nouvelle amputation qu'il faudra recourir. La névralgie se présente-t-elle à un degré plus léger, le traitement ordinaire de cette maladie suffira, en général, pour amener la guérison; on prescrira le sulfate de quinine, et, si le malade est anémique, on associera des préparations ferrugineuses au quinquina, et, suivant le cas, on y ajoutera la strychnine, l'acide arsenieux, la belladone, le stramonium ou l'aconit, médicaments dont on devra toujours surveiller l'action avec le plus grand soin. Localement, on emploiera les applications iodées, les vésicatoires, les cautères, ainsi que les frictions et les injections narcotiques. Enfin on devra protéger le mieux possible le moignon contre le froid et les causes de frottement et de pression.

Voici un exemple des bons effets de l'association du sulfate de quinine et du sulfate de morphine:

Jacob B***, vingt-huit ans, d'une constitution chétive et scrofuleux, fut admis dans les salles de chirurgie de l'hôpital de Philadelphie, en mai 1859, pour y être traité d'une affection scrofuleuse du cou-de-pied. L'amputation, ayant été jugée nécessaire, fut pratiquée au tiers inférieur de la jambe, par la méthode à lambeaux. Quelques jours après l'opération, la gangrène s'empara de la portion de tissus qui recouvrait le tibia, et l'os devint saillant. On enleva alors une portion triangulaire de l'os, longue d'un pouce environ; et à partir de ce moment, la cicatrisation se fit sans aucune difficulté. En janvier 1860, le malade se présenta au professeur Gross, se plaignant d'une douleur aiguë, lancinante, à l'extrémité inférieure du tibia, augmentant à la pression et pendant la nuit. Du reste, il était sans fièvre et la santé générale était bonne. On prescrivit 50 centigrammes de sulfate de quinine et 5 centigrammes de sulfate de morphine, à prendre le soir; en outre, on protégea le moignon contre toutes les causes de froid, de frottement et de pression. Le malade guérit complétement en deux semaines. (*Union médicale*, septembre 1860.)

Phlébite utérine. *Formule.* M. le docteur Sébastien (de Béziers) communique la formule suivante, qu'il prescrit aussitôt après la délivrance, pour prévenir la phlébite utérine et les inflammations dites puerpérales, à la suite d'un accouchement laborieux:

Eau..................	150 grammes.
Alcoolature d'arnica..	2 grammes.
Nitrate de potasse....	50 centigr.
Sirop de gomme.....	25 grammes.

Mêlez. A prendre une cuillerée à bouche à chaque heure.

C'est à l'emploi de ce moyen que M. Sébastien attribue de n'avoir perdu aucune femme sur 287 qu'il a assistées, tant à la Maternité, dont il est le chirurgien accoucheur, que dans sa pratique particulière. Il eût été important, pour permettre d'apprécier la valeur de cette médication préventive, d'indiquer si les chiffres ci-dessus ont été recueillis en temps d'épidémie ou en temps ordinaire; car dans ce dernier cas, il est absolument impossible d'en rien conclure par rapport à l'efficacité de la formule. Nous n'en avons pas moins jugé à propos de la reproduire comme bonne à suivre, sans en garantir toutefois l'efficacité dans l'espèce. (*Revue de thérapeutique*, septembre 1860.)

VARIÉTÉS.

Note sur la recherche du sucre dans l'urine (1).

Les chimistes avaient admis que la glycose avait beaucoup d'affinité pour l'oxygène et qu'elle réduisait certains oxydes métalliques, notamment le bioxyde de cuivre; mais nous avons démontré que la glycose seule est complétement sans action, soit à froid, soit à chaud, tant sur le bioxyde que sur les sels de cuivre, et qu'elle n'acquiert la propriété réductive qu'en présence des alcalis libres ou carbonatés qui la transforment en matières ulmiques, seules propres à absorber l'oxygène et à opérer la réduction.

Ainsi, quand on chauffe une dissolution aqueuse de glycose tenant en suspen-

(1) Fin. —Voir la livraison précédente, p. 334.

sion de l'hydrate de bioxyde de cuivre parfaitement pur, on n'obtient aucune réduction; mais instille-t-on dans la liqueur bouillante quelques gouttes de potasse libre ou carbonatée, à l'instant la glycose subit une transformation moléculaire qui la rend apte à décomposer le bioxyde de cuivre et à le réduire à l'état de protoxyde.

Si, dans la dissolution de glycose, on remplace le bioxyde par du sulfate de cuivre, on n'observe aucune décomposition, tant qu'on n'ajoute pas la potasse en quantité suffisante pour opérer le changement de base, saturer l'acide sulfurique en formant un sel de potasse ou de soude, et dégager complétement l'oxyde cuivrique : alors le bioxyde, en présence de la glycose modifiée par l'excès d'alcali, éprouve immédiatement une réduction qui le précipite à l'état de protoxyde; réduction qui ne s'effectue pas quand la potasse ou la soude n'ont pas été employées en excès pour suffire à toutes ces réactions.

A froid la glycose, en présence des alcalis, opère également la réduction du bioxyde et des sels de cuivre, mais seulement au bout de quelques heures.

Il en résulte que c'est par l'intervention seule des alcalis que la glycose peut réduire les sels de cuivre, de plomb, de mercure, de bismuth, d'argent, etc., et c'est sur cette propriété de réduction que reposent les procédés de Trommer, de Barreswil, de Fehling et de Bœttger.

Rien n'est plus simple que le procédé de Trommer : il consiste à verser dans l'urine une petite quantité de sulfate de cuivre, puis un excès de potasse, et à porter le mélange à l'ébullition ; le précipité rougeâtre d'oxydule de cuivre plus ou moins abondant qui se forme indique le plus ou moins de glycose existant dans l'urine. Toutefois, il faut avoir soin d'employer la potasse en quantité convenable pour qu'elle puisse, ainsi que nous l'avons dit plus haut, suffire à toutes les réactions, autrement l'opération n'aurait pas de résultat.

Le cupro-tartrate de potasse est encore d'un emploi plus facile : la liqueur préparée, comme l'a indiqué M. Barreswil, est mélangée à l'urine : portée à l'ébullition, elle donne lieu au même précipité d'oxydule rouge de cuivre. Seulement cette liqueur a l'inconvénient, après une préparation de plusieurs mois, de laisser par l'ébullition seule, et sans la présence d'une parcelle de glycose, précipiter une certaine quantité d'oxydule.

La liqueur de Fehling ne diffère du liquide de Barreswil qu'en ce que la soude y remplace la potasse; elle se conserve mieux, mais elle est moins sensible.

On reproche à ces trois réactifs de laisser opérer la réduction des oxydes par d'autres substances que la glycose, notamment par l'acide urique, quand il est en excès dans l'urine.

M. Bœttger a montré que le sous-nitrate de bismuth uni à la potasse caustique forme, dans les urines sucrées, portées à l'ébullition, un précipité noir de bismuth qui n'est autre chose que l'oxyde réduit : s'il y a peu de sucre, l'ébullition doit être prolongée longtemps. Mais ce procédé ne donne des résultats exacts qu'en l'absence d'albumine et de sulfure, dont, du reste, la présence est facilement reconnue par la couleur noire que prend l'oxyde de plomb bouilli avec une autre partie de la même urine.

Quant aux instruments physiques, l'aréomètre ou le densimètre n'indiquent qu'approximativement les doses de glycose; au contraire, le saccharimètre donne des résultats aussi rapides qu'exacts; mais pour l'un et l'autre, il faut que la proportion de sucre existant en dissolution soit en quantité assez notable.

Ces divers procédés, il faut l'avouer, ne donnent pas, comme la fermentation et l'extraction, des caractères absolus et sont peu propres à déceler des quantités minimes de glycose; mais il ne s'agit point pour le praticien de faire des recherches physiologiques minutieuses, il s'agit de constater dans les urines des diabétiques la glycose qui s'y trouve ordinairement en grande proportion, 30, 40, 80 et jusqu'à 120 grammes par litre. Car c'est seulement dans ces conditions que l'affection diabétique produit ses ravages; si les sécrétions ne contiennent que 2, 3 ou 4 grammes de glycose, le malade n'a aucune conscience de cette anomalie de l'économie, et le médecin est bien rarement appelé à la vérifier, à moins que ce ne soit au début de l'affection ou à la fin du traitement.

Nous allons donc prouver que ces procédés, insuffisants quand ils sont iso-

lés, peuvent, étant réunis, et se contrôlant les uns les autres, présenter des résultats certains.

L'aréomètre donne tout d'abord, en révélant une densité plus grande, une assez forte présomption.

Les solutions alcalines de potasse ou de soude, etc., par leur ébullition avec les urines à analyser, décèlent d'une manière absolue la présence de la glycose, si le liquide prend une couleur brune plus ou moins foncée : l'intensité même de la coloration peut faire estimer la quantité de glycose.

On acquiert une nouvelle preuve, non moins évidente, de la présence de la glycose, en employant, suivant le procédé de Trommer, un mélange de sulfate de cuivre et de potasse en excès, qui donne, par l'ébullition, un précipité d'oxydule rouge de cuivre insoluble très-facile à reconnaître.

La liqueur de Barreswil, ou celle de Fehling, ajoutée directement dans l'urine qui contient du sucre, donne, à l'aide de la chaleur, le même précipité d'oxydule de cuivre.

Enfin la potasse caustique associée à l'azotate de bismuth (procédé de Bœttger) laisse dans les urines en ébullition déposer un précipité noirâtre qui n'est autre que l'oxyde de bismuth réduit à l'état métallique par l'action de la glycose.

Ces quatre opérations peuvent, en quelque sorte, être faites simultanément et n'exigent que quelques minutes : lorsqu'elles donnent lieu à une coloration intense ou à un précipité abondant, on peut être certain de la présence de la glycose en quantité assez considérable, ce qui est toujours le cas des diabétiques. Si, au contraire, la faible coloration et le peu de précipité faisaient naître le doute que ces réactions pussent être déterminées par d'autres substances que la glycose, notamment par l'acide urique ou par des matières protéiques, il serait facile de précipiter l'acide urique à l'aide de la chaux, et les matières protéiques au moyen de l'acétate de plomb ; on aurait alors la conviction que dans les urines ainsi purgées de ces causes d'erreur, c'est la glycose seule qui, sous l'influence de la potasse, donne lieu à la coloration du liquide et à la décomposition des oxydes métalliques.

La présence de la glycose ainsi constatée, on en détermine la quantité par le saccharimètre qui, en quelques secondes, indique avec une exactitude mathématique le nombre de grammes contenus dans un litre d'urine.

De tout ce qui précède nous concluons que :

Si les procédés d'extraction et de fermentation alcoolique doivent être expressément appliqués aux recherches de quantités infiniment petites de glycose dans les liquides normaux de l'économie ;

Les procédés généralement employés pour l'analyse des urines des diabétiques joignent à une exécution prompte et facile, accessible à tous les praticiens, un degré suffisant de précision et décèlent avec certitude la présence et même la quantité de la glycose.

Par des décrets récents ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent. — *Officier* : M. Rustan, de Vérac. — *Chevaliers* : MM. Potier-Duplessy, médecin-major de deuxième classe au 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; Péret, médecin-major de deuxième classe au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; Gaillard, médecin-aide-major de première classe au 1er régiment de chasseurs ; Claudel, médecin-major de deuxième classe au 2e régiment de chasseurs ; Coindet, médecin-major de deuxième classe au 2e régiment de spahis ; David de L'Estrade, médecin-major de deuxième classe au 1er escadron du train d'artillerie ; Bouffar, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Bastia ; Castex, médecin-aide-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Oran, détaché à Tanger (Maroc) ; Dupuy, médecin en chef de l'hôpital civil d'Oran.

Les médecins du département de la Dordogne, réunis en assemblée générale à Périgueux, ont décidé la formation d'une Société locale, agrégée à l'Association générale. Cette Société, qui compte 44 adhérents, a ainsi constitué son bureau. *Président* : M. Bardy-Delisle, maire de Périgueux ; *vice-président*, M. Galy ; *secrétaires*, MM. Guibert et Guichemerre ; *trésorier*, M. Signy.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la dyspepsie et de son traitement.

Par M. le docteur H. Bourguignon, lauréat de l'Institut, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue.

Je donne avec quelques auteurs le nom de *dyspepsie* (δυς, difficilement, πέψις, coction, digestion) à la névrose de l'estomac, caractérisée par la lenteur et la difficulté habituelles de la digestion, sans lésions organiques appréciables. Je dis *habituelles*, car la digestion peut être accidentellement longue et difficile, sans que cela constitue un état morbide, une maladie. J'ajoute *sans lésions organiques appréciables*, attendu que les digestions difficiles se rencontrent comme symptôme secondaire d'un grand nombre de maladies organiques. En un mot, je considère la dyspepsie comme une névrose essentielle. Seulement, au lieu de mettre vaguement en cause l'appareil nerveux, comme on pourrait le faire à propos des névralgies et des paralysies, nous devons ici tenir compte de troubles fonctionnels plus appréciables, et portant soit sur la contractilité musculaire de l'estomac, soit sur les sécrétions, et prendre en considération l'action de nombreux agents mis en rapport direct avec cet organe, action qui, à la longue, l'entrave dans l'exercice de ses fonctions.

Nous savons tous que d'une bonne digestion dépend la nutrition réparatrice; que d'une bonne nutrition dépend l'exercice physiologique des forces vitales, ou la santé, et surtout, à notre point de vue, l'harmonie des fonctions nerveuses; je n'ai donc pas besoin d'insister sur la nécessité de bien connaître une maladie, qui est sans contredit la cause la plus active des névroses en général.

La digestion ne s'exécute pas seulement dans l'estomac, l'intestin y concourt pour sa part, et, comme la dyspepsie s'entend du trouble des fonctions digestives dans leur ensemble, je réunirai dans une même description les symptômes fournis par tout l'appareil gastro-intestinal.

Les causes de la dyspepsie sont infinies ; elles tiennent d'une part à l'étroite sympathie qui relie entre eux le grand sympathique, le pneumogastrique et le centre nerveux cérébro-spinal ; d'autre part, à l'action antiphysiologique des *ingesta, circumfusa, applicata, excreta, gesta* et *percepta* ; c'est-à-dire qu'il faudrait, dans une étiologie complète, passer en revue toute l'hygiène, toutes les influences morales et physiques qui, sympathiquement ou directe-

ment, peuvent agir sur l'estomac et en entraver les fonctions. Le cadre de cet article ne me permet pas de donner à l'étude des causes une telle extension; je m'attacherai seulement aux points d'une importance majeure et d'une application pratique.

La digestion ne s'opère régulièrement que si les organes annexés à l'appareil digestif lui prêtent un concours efficace; ainsi la perte des dents, soit par l'effet de l'âge, soit par suite d'extractions devenues nécessaires, quelquefois une dentition trop tardive, rendent la mastication insuffisante, l'insalivation incomplète, et le bol alimentaire ingéré peu favorable à une facile chymification. La digestion intestinale sera également ralentie et difficile, si la sécrétion du pancréas et celle du foie sont diminuées ou altérées. On comprend que si les sécrétions normales des glandes salivaires, parotidiennes, pancréatique et hépatique sont à ce point indispensables, il importe au plus haut degré que celle de l'estomac lui-même s'exécute suivant la loi physiologique.

Les fonctions de l'estomac réclament le concours sympathique des différentes parties, nerfs, muscles, muqueuse, glandules, qui entrent dans sa structure. Si le nerf vague ne transmet qu'une excitation insuffisante, si les mouvements des parois de l'estomac ne répondent qu'incomplétement au stimulus des *ingesta*, la digestion est lente et difficile. Si l'excitation est trop énergique, les contractions musculaires trop actives, les matières alimentaires sont transmises trop précipitamment au duodénum et la digestion intestinale est troublée à son tour; si la quantité des aliments ingérés est insuffisante, elle offre trop peu de prise et de résistance à la contractilité musculaire; si elle est trop considérable, les parois de l'estomac sont distendues outre mesure. Dans l'un et l'autre cas, l'asthénie musculaire est la conséquence du désordre fonctionnel. Enfin, la qualité et la quantité du suc gastrique sécrété jouent un rôle encore plus important dans la digestion. Si l'excitation directe ou indirecte est trop vive, soit en raison d'une alimentation trop stimulante, soit en raison d'une gastralgie ou de névralgies des viscères abdominaux, la sécrétion acide du ventricule est augmentée dans des proportions variables, et produit des accidents dyspeptiques divers. Des conditions tout opposées rendront la sécrétion acide insuffisante et mettront obstacle à une facile digestion. On comprend d'ailleurs que la cause bien connue de ces dyspepsies devient une base de traitement aussi rationnelle qu'efficace.

Ces considérations physiologiques sont d'une grande importance; mais il est d'un intérêt journalier non moins considérable de sui-

vre l'homme dans les différentes phases de sa vie, et de montrer dans quelles circonstances il fait naître, par l'oubli des lois de l'hygiène, une maladie dont il pourrait à la rigueur être exempt.

La dyspepsie n'est point aussi rare qu'on le suppose généralement chez les enfants nouveau-nés ; elle est due dans ce cas, ou à cette idiosyncrasie qui rend quelquefois indigestes et réfractaires à la chymification certains aliments, le lait et toutes les matières grasses, par exemple, ou à une alimentation mal entendue, ainsi qu'on le constate trop souvent chez ces pauvres petits êtres confiés en naissant à des mains mercenaires, à des nourrices surchargées de famille et qui, ne pouvant allaiter deux enfants à la fois, remplacent le lait de leurs seins par des soupes féculentes. Seulement, chez ces jeunes enfants, ce n'est pas la dyspepsie proprement dite qui cause la mort, mais la lientérie qui en est la conséquence, et qu'il serait d'une si urgente nécessité de combattre ; tandis que, le plus souvent, trompé par des renseignements inexacts, le médecin, à l'instigation de la famille, au lieu de se préoccuper des fonctions de l'estomac, fixe exclusivement son attention sur la diarrhée et s'évertue à traiter uniquement le trouble fonctionnel intestinal.

La dyspepsie infantile est encore produite par une lactation mal réglée ; par exemple, l'hygiène, pour tel enfant, réclame le sein toutes les heures ; pour tel autre, toutes les deux heures seulement. Des selles vertes, acides, ou mêlées de caillots de lait, des vomiturition annoncent une dyspepsie en voie de développement et ne doit pas nous trouver indifférents. Les enfants après le sevrage sont aussi très-exposés à la dyspepsie : on ignore encore la répugnance naturelle qu'ils ont pour telle ou telle substance alimentaire, et c'est aux dépens de leur estomac que s'en fait la coûteuse expérience, dans les classes pauvres surtout, où les légumes farineux sont la base de la nourriture.

De sept à douze ans et pendant l'adolescence, les digestions difficiles sont plus rares ; les enfants ont appris et les parents savent quels mets sont réfractaires à l'action des sucs gastriques ; j'ai cependant observé cette névrose chez de jeunes collégiens soumis à l'alimentation commune, et dont le développement, la croissance, si rapides à cet âge, se trouvaient ainsi entravés par une nutrition insuffisante à laquelle se joignait trop souvent l'abus des plaisirs solitaires.

La dyspepsie se montre également chez les jeunes filles parvenues à l'âge de puberté, surtout si les fonctions utérines ont peine à s'établir ; mais c'est principalement chez l'adulte, chez l'homme

fait que cette névrose est commune. A cet âge, des causes multiples tendent incessamment à troubler les digestions, surtout dans notre siècle sensuel et positif, où le besoin des jouissances matérielles et les exigences d'une activité fiévreuse se disputent presque exclusivement la vie et jettent l'homme dans les excès de la débauche et du travail. Quelle n'est pas, en effet, aujourd'hui la violence des séductions qui assiégent ot attirent au désordre la jeunesse que ne retient plus la loi morale presque anéantie ? Combien de jeunes gens en subissent la fatale puissance, et, après s'être précipités avec fougue dans les plaisirs, expient par le trouble de leurs facultés digestives des excès dont ils ont été les instruments ou les complices ? Si, au contraire, c'est la voix dc l'ambition qu'ils écoutent ; si, pour arriver, ils ne prennent conseil que de leur bonne volonté, de leur ardeur ; s'ils ne voient que le but, s'ils imposent à leurs organes un travail forcé, des veilles prolongées, des études trop abstraites, qui entretiennent une vive surexcitation cérébrale, leurs digestions deviendront sympathiquement lentes et difficiles. Bientôt même, les qualités du sang seront anormalement modifiées, l'éréthisme nerveux se développera, et sous l'influence de cette nutrition incomplète, de ces souffrances, surviendra un dépérissement général. —Quand l'exercice mal réglé des facultés mentales a seul perverti les fonctions digestives, le repos, la vie de campagne y remédient facilement ; mais quand à cette excitation cérébrale se joignent une alimentation insuffisante, l'abus des liqueurs, du café, pris dans le but de stimuler l'estomac ; si, dc plus, Vénus captive les sens, les énerve ; si surtout elle inocule son fatal virus, la dyspepsie passe à l'état chronique, et l'assimilation profondément troublée frappe les plus robustes organisations d'une consomption nerveuse dont elles ne peuvent se relever.

Cette dyspepsie, observée surtout chez les privilégiés sinon de la fortune du moins de l'intelligence, chez ceux qui non-seulement vivent mais *sentent*, est tout aussi fréquente chez les déshérités, chez ceux ou mieux encore chez celles qui n'ont pour vivre qu'un salaire insuffisant : telles sont ces ouvrières des grandes villes, condamnées à un travail forcé, privées d'exercice au grand air, sustentées par une mauvaise alimentation, dont le café au lait et la charcuterie font la base ; qui sont successivement affectées de leucorrhée, dc tiraillements d'estomac, de chlorose, de dysménorrhée, puis de dyspepsie. Cette névrose n'est pas moins commune chez l'homme adulte, occupant une position sociale élevée : les notaires, les avocats, les magistrats, les hommes d'affaires, les médecins qui

cultivent avec ardeur la science et l'art, les hauts fonctionnaires publics, les princes mêmes, quand ils gouvernent sérieusement leurs Etats, y sont fréquemment exposés. Pour tous, elle tient à la même cause, au défaut de pondération établie entre le travail imposé à l'intelligence et l'exercice musculaire ; à la lutte engagée entre rivaux et dont, par ambition et par besoin, il faut sortir vainqueur ; aux déceptions, aux revers, aux révolutions qui bouleversent les positions en apparence les plus solides et quelquefois les plus légitimement acquises, et réduisent à l'isolement, à l'inaction, des hommes à convictions ardentes, sincères et trop honnêtes, trop courageux pour transiger avec leur conscience. A cette époque de la vie qui n'est qu'un long combat, qu'une passion dominante de parvenir aux honneurs et à la fortune, l'action sympathique du cerveau sur l'estomac tient à la fois de la surexcitation et de la dépression. Quand tout est ardeur, espérance, illusions, il y a surexcitation. Quand les revers accablent, quand la perte de parents aimés, d'amis sincères, quand de nobles espérances anéanties, des croyances généreuses convaincues d'illusions viennent déprimer l'âme et dégoûter de la vie, alors toutes les fonctions, mais celles de la digestion surtout, ne tardent pas à être sérieusement troublées.

Telles sont pour l'homme civilisé, à l'âge de la vie active, les causes de la dyspepsie; quant à la femme, j'aurais un volume entier à écrire, si j'exposais toutes les circonstances de sa vie qui provoquent le développement de cette maladie. Ce ne sont plus, comme chez l'homme, le labeur abstrait, la tension de l'intelligence qui sympathiquement réagissent sur les fonctions de l'estomac, mais les aberrations de l'imagination, les passions dont elle est le jouet. On l'a élevée pour plaire, briller ; son jugement et sa raison n'ont point de bonne heure été cultivés, et toutes les déceptions que la vie sème sur ses pas la jettent, si elle est douée d'une âme ardente, dans des alternatives d'abattement et de surexcitation, qui, à la longue, pervertissent les fonctions de l'estomac. A ces causes morales se joignent celles qui se rapportent au rôle qu'elle est appelée à jouer comme épouse et comme mère ; des grossesses trop rapprochées, l'allaitement, enfin la vie sédentaire et les troubles menstruels.

La dyspepsie est encore fréquente, chez les femmes, à l'âge critique ; et alors ce sont les accidents critiques dus à la ménopause qui la produisent, ainsi que les changements qui s'opèrent dans son état moral.

Je dois aussi mentionner, au nombre des causes de la dyspepsie

chez l'adulte, l'insuffisance ou le mauvais choix des aliments, une distribution mal entendue dans l'heure des repas, le défaut d'exercice, la forme des vêtements, etc., etc.

L'insuffisance des aliments produit fréquemment la dyspepsie, surtout chez les classes pauvres des villes populeuses, qui, bien que relativement mieux nourries que les paysans, ne trouvent pas, comme ces derniers dans le travail des champs, dans un air pur et fortement oxygéné, une compensation à la quantité insuffisante des aliments; chez les religieuses soumises à des jeûnes rigoureux, chez les prisonniers dont le régime alimentaire, soumis à des règles communes et invariables, n'est pas toujours proportionné, sous le rapport de la quantité comme sous celui de la qualité, aux exigences de leur constitution ou à l'état de leur santé.

Les habitants de la basse Normandie, qui, sous un climat humide et froid, boivent du cidre au lieu de vin [1], sont souvent dyspeptiques. L'acide malique du cidre acidifie outre mesure les aliments ingérés, entrave la digestion, cause de la gastralgie, puis de la dyspepsie; l'altération des dents en est la conséquence.

Les jeunes filles dont un trop précoce embonpoint grossit la taille et qui cherchent à se faire maigrir; celles qui, chlorotiques, ont une appétence toute particulière pour les crudités, les fruits acides, les fortes épices, sont surtout sujettes à la dyspepsie.

L'ordre mal réglé des repas, eu égard à la dose des aliments, est encore, chez les hommes de lettres et d'affaires, chez tous ceux dont le travail est exclusivement cérébral, une cause fréquente de dyspepsie. Autre doit être l'alimentation de l'ouvrier, de l'artisan qui font une dépense musculaire considérable, autre celle des personnes condamnées par leurs occupations à l'immobilité. Dans une famille dont les membres remplissent des fonctions diverses, les unes actives, les autres sédentaires, le régime ne saurait être le même pour tous. A Paris, que de gens deviennent dyspeptiques par un défaut d'entendement dans leur manière de vivre : beaucoup se lèvent tard, prennent, dès le matin, une tasse de lait ou de chocolat, déjeunent à onze heures et dînent à six. Ils ont à déjeuner un certain appétit et mangent abondamment; ils font de même à dîner, car si la faim est moins prononcée, l'abondance et la variété des mets, au dernier repas, excitent à manger davantage. Ce régime est, à peu de chose près, le même pour le commerçant, l'artiste, l'homme de lettres, le magistrat et le médecin, quels que

---

[1] Vignes, *Des névroses des voies digestives*, Paris 1851.

soient d'ailleurs leur âge, leur constitution et leurs besoins idiosyncrasiques. Ai-je besoin de dire qu'un tel régime est antiphysiologique et qu'il doit, à la longue, rendre les digestions lentes et difficiles ? En effet, l'heure des repas, la quantité des aliments doivent être, avant tout, subordonnées à l'exercice des organes, au concours synergique et nécessaire de tout l'appareil digestif. Et comment veut-on que des aliments, pris copieusement à midi, soient assimilés à six heures; que le sang soit avide de recevoir des éléments de réparation dont il est abondamment pourvu; que la digestion intestinale, encore, pour ainsi dire, en pleine élaboration, laisse libre celle de l'estomac, surtout si les six heures qui séparent les deux principaux repas ont été passées au tribunal, en conférences d'affaires contentieuses, etc., si enfin les aliments ont été pris au déjeuner avec l'avidité qu'excite l'appétit et la précipitation qu'exigent des affaires urgentes, des clients qui attendent, c'est-à-dire dans les plus mauvaises conditions d'une bonne digestion, la trituration, l'insalivation alcaline ayant été nécessairement incomplètes? Ne saute-t-il pas d'ailleurs aux yeux que mettre d'une part six heures et, d'autre part, dix-huit heures entre les deux principaux repas, est une méthode vicieuse, à moins qu'on ne mène une vie active, et que le travail manuel, l'exercice du cheval ou la chasse hâtent et facilitent le travail de la digestion et de l'assimilation ?

Je mentionne enfin, car le chapitre des causes est réellement inépuisable, le mode de se vêtir, comme pouvant prédisposer à la dyspepsie. Telle est l'habitude qu'ont quelques hommes de maintenir le pantalon à l'aide de ceinture au lieu de bretelles, et celle plus pernicieuse encore qu'ont bien des femmes de serrer leur corset outre mesure, alors que, jeunes, elles regardent une taille de guêpe comme l'idéal du beau, ou que, déjà menacées de perdre leurs charmes, elles cherchent à dissimuler une exubérance de formes qui trahirait le nombre redoutable des années.

Je devrais, pour que l'étiologie fût complète, passer en revue l'influence des climats et des saisons, des excès de table et des boissons spiritueuses, de l'absinthe, par exemple; de certaines habitudes, telles que celle de fumer; je devrais faire la part des états pathologiques, sans lésions organiques appréciables, fièvres intermittentes, état nerveux, hérédité, diathèses, etc.; tenir compte enfin des troubles fonctionnels de l'intestin, de la constipation, des gaz intestinaux et des névroses des autres organes splanchniques, mais je me suis déjà trop étendu sur les causes, j'ai hâte de passer ux symptômes.

Symptômes. — La dyspepsie n'est point une névrose qui apparaisse d'emblée ; elle est avant tout l'œuvre du temps ; pour se constituer elle exige plus que toute autre la persistance des causes qui tendent à la produire ; et ce n'est généralement que quand les digestions ont été longtemps et fréquemment troublées, qu'elle réunit enfin l'ensemble des symptômes qui en font une maladie nerveuse.

Ainsi, les sujets prédisposés à la dyspepsie éprouvent de temps à autre, après les repas, une pesanteur épigastrique, un gonflement, une plénitude, un malaise qui va quelquefois jusqu'à la douleur. Cette sensation de gêne se dissipe insensiblement, surtout si l'occasion se présente de se donner du mouvement, de la distraction au dehors, d'activer les fonctions organiques ; elle persiste, au contraire, si la tension d'esprit concentre l'influx nerveux vers le cerveau. A un degré de plus, les digestions se trouvent momentanément arrêtées ; des aliments pris au déjeuner, par exemple, resteront dans l'estomac comme dans un vase inerte ; et la chymification n'en sera faite qu'à l'occasion et à l'heure d'un nouveau repas, si rien, bien entendu, ne trouble cette nouvelle digestion.

A cette période, la dyspepsie est plutôt un simple trouble fonctionnel passager qu'une maladie ; mais si les indigestions se répètent, on constate comme état habituel : de l'inappétence, l'expulsion de gaz par le haut, des rapports d'abord sans goût ni odeur, et qui toujours soulagent et facilitent la chymification, puis, plus tard, acides, hydro-sulfurés. La langue, généralement large et blanche, est quelquefois d'un jaune sale à la base, principalement le matin. Dans quelques cas, l'estomac est gêné dans ses fonctions par l'excès des boissons ingérées. Il est en effet des sujets dont la digestion reste lente et difficile, s'ils ont trop bu pendant le repas, ou si, préalablement, l'estomac n'absorbe pas promptement la plus grande partie des liquides qu'il a reçus ; pour eux, excréter un quart d'heure, une demi-heure après le repas, une urine aqueuse et abondante, est le signe certain d'une chymification prompte et régulière. Enfin, lorsqu'une impression morale, un travail intellectuel, réagissent sympathiquement sur l'appareil nerveux-gastrique, le ventricule troublé dans ses fonctions d'absorption reste inactif et distendu par les liquides, et, dans ces cas, le décubitus horizontal pris brusquement au moment du coucher produit un clapotement très-distinct.

Pour tous les dyspeptiques, la moindre compression périgastrique est une gêne ; elle augmente chez eux le malaise stomacal, et ils éprouvent un soulagement à relâcher les cordons du corset ou la

ceinture du pantalon. Le choix des aliments, leur quantité ne leur sont plus indifférents, ils savent que le moindre écart dans leur régime augmente leur malaise. Chez le plus grand nombre l'appétit est nul, chez d'autres il est capricieux, inégal ou excessif. Ces troubles digestifs prennent quelquefois une telle importance, qu'ils ont été désignés par les dénominations spéciales de *malacia*, *pica*, *boulimie*, etc.

La dyspepsie passée à l'état chronique s'accompagne de nausées, de vomituritions, puis de vomissements. Les malades sont tourmentés, surtout le matin, par une sorte de pituite ; dans la journée, par des éructations continuelles, des aigreurs, des borborygmes, des gonflements et parfois des crampes et des douleurs brûlantes d'estomac (pyrosis) assez vives pour les préoccuper.

La solidarité entre les fonctions en général et celles de l'estomac en particulier est intime ; mais cette solidarité est encore plus grande entre l'estomac lui-même et les organes placés dans son voisinage, ou qui lui prêtent leur concours ; aussi comprend-on facilement que de tels désordres dans l'acte de la digestion ne restent pas isolés. Les organes qui en ressentent le plus fréquemment l'influence sont nécessairement les intestins : des aliments incomplétement chymifiés sont pour eux une cause de troubles variés. Dans quelques cas, surtout dans le bas âge, ils provoquent une diarrhée lientérique trop souvent fatale ; chez les adultes, de la constipation, des pneumatoses et quelquefois aussi de la diarrhée. Le ravail digestif n'est pas ce qui cause le plus de malaise ; les malades ont parfaitement conscience qu'ils digèrent mal, mais ce n'est que deux ou trois heures après les repas, et principalement pendant la nuit, qu'ils accusent des souffrances dans l'abdomen. Ils ont alors de l'insomnie, des nuits agitées ; et ce n'est qu'après avoir pris toutes sortes de boissons stomachiques et calmantes qu'ils parviennent, vers le matin, à jouir de quelque repos. — Tel était l'état de M. D***, employé dans un ministère, chez qui la dyspepsie, d'abord limitée à l'estomac, s'était insensiblement étendue aux intestins. — Il n'est même pas rare de rencontrer des malades autrefois dyspeptiques qui ne se plaignent que du trouble des fonctions intestinales, bien que la plupart des aliments soient réfractaires à leur digestion ; chez eux la sensibilité gastrique, d'abord prédominante, est émoussée, est effacée par celle des intestins, et des selles diarrhéiques, dans lesquelles on reconnaît facilement les matières ingérées, suivent presque immédiatement chaque repas.

Il y a peut-être dans ce cas entérite et colite chroniques ; mais la

cause première de ces affections remonte à la dyspepsie, et tout traitement qui porterait sur les instestins, à l'exclusion de l'estomac, serait certainement inefficace.

La distension des intestins par les gaz qu'ils sécrètent, ou qui résultent de la réaction des aliments en voie de transformation, devient une causo de gêne et de douleurs pour le tube intestinal, ainsi que pour les autres organes splanchniques contenus dans l'abdomen. La distension des parois de l'estomac par les gaz développés dans sa cavité produit des résultats analogues. Les malades affectés de cette dyspepsie *flatulente* se plaignent de douleurs épigastriques, dont le siége principal correspond à l'appendice xyphoïde, ou, plus profondément, au plexus solaire. Cette douleur s'étend quelquefois à la région cardiaque, le péricarde et le cœur se trouvant déplacés, gênés, par le volume exagéré que prend alors l'estomac. Enfin à tous ces symptômes locaux s'ajouto quelquefois la sensation de battements, de pulsations, soit du cœur lui-même, soit de l'aorte, soit des artères abdominales.

La marche de la dyspepsie est d'ailleurs subordonnée à l'âge, aux professions, à l'alimentation, à la constitution, au sexe; ainsi, c'est chez la femme adulte quo s'observent surtout le besoin fréquent de manger, le vide, les tiraillements de l'estomac; l'ingestion de quelque aliment calme ce malaise, mais en perpétuant la dyspepsie dont il était une conséquence.

Je passerais en revue tous les organes contenus dans l'abdomen, le pancréas, le foie, la rate, les reins, que j'aurais à constater pour chacun d'eux quelques altérations fonctionnelles se reliant à la dyspepsie. D'autre part, si on analysait le sang chimiquement et microscopiquement, on constaterait des états antiphysiologiques morbides, dans ses éléments; en effet, une nutrition incomplète transmet nécessairement au sang des principes réparateurs d'une assimilation difficile, que la respiration ne peut transformer; de là dans le sang la présence de l'urée, et dans les urines celle de l'oxalate de chaux.

Certains dyspeptiques, doués congénitalement d'une constitution vigoureuse, éclairés sur la nature de leur mauvaise digestion, et fermes dans leur volonté, prennent des demi-précautions, font des aliments un choix relativement intelligent, et luttent sans trop de désavantage contre la persistance des causes majeures, professionnelles ou autres, qui rendent leurs digestions lentes et difficiles. Pour ces privilégiés, les symptômes ne franchissent pas les limites de l'appareil digestif dans son ensemble; quelques-uns de ces dys-

peptiques ont même toutes les apparences d'une santé satisfaisante, et, n'était la mobilité de leur humeur, de leur caractère, une certaine tendance au spleen, à la misanthropie, un médecin peu observateur douterait de l'existence de la névrose qui sourdement les tourmente. Tels sont les individus héréditairement doués d'une constitution irréprochable qui des provinces affluent dans les capitales, où ils supportent dans des conditions hygiéniques toutes différentes des travaux excessifs. Le repos, les vacances, s'ils en prennent, rendent leurs digestions plus faciles, et ils passent ainsi, entre la santé et la maladie, les années consacrées au travail qui doit assurer leur avenir. Mais le plus grand nombre des dyspeptiques, moins favorisés sous le rapport de la constitution première, de la volonté, de la condition sociale, portent sur leurs traits la preuve visible des obstacles qui chez eux entravent la nutrition. Ils sont maigres, leur faciès est pâle, hippocratique, leur regard éteint, le sillon naso-labial est prématurément ridé; leurs gestes, l'ensemble de leur attitude dénotent des souffrances abdominales, de l'anémie, et surtout une consomption nerveuse latente. Ces dyspeptiques se plaignent de tous les désordres imaginables, les uns d'une toux sèche, d'une respiration courte, de palpitations; les autres d hypéresthésie, de névralgies céphalique, rachialgique, intercostale, lombo-abdominale; d'autres d'anésthésie, ou de paralysies partielles et passagères de la sensibilité ou de la motilité. Presque tous tombent dans l'état nerveux; beaucoup parmi les femmes deviennent hystériques. Trop souvent aussi les facultés mentales participent aux perturbations générales des fonctions organiques. J'ai sous les yeux de malheureux dyspeptiques, qui sont pour leur famille un sujet de cruels tourments; leur hypocondrie raisonnante est certainement tout aussi pénible à tolérer qu'une aliénation mentale franchement déclarée.

La dyspepsie, après la description que je viens d'en faire, me semble d'un diagnostic facile. Cependant, quelques autres maladies ont avec elle des points de ressemblance; telles sont la gastralgie, la gastrite et l'entérite chroniques, et quelques affections organiques de l'estomac et des intestins; je crois donc utile d'exposer en peu de mots les caractères distinctifs de chacune de ces maladies.

La gastralgie diffère de la dyspepsie en ce que, dans la première, les douleurs sont plus vives, plus irrégulières, plus intermittentes; l'ingestion des aliments les réveille ou les calme; l'appétit et l'embonpoint sont conservés; les digestions sont généralement bonnes.

La gastrite et l'entérite chroniques peuvent plus facilement donner

le change, surtout lorsqu'on n'a pas suivi l'enchaînement des phénomènes morbides successifs, tels que le passage de l'état aigu à l'état chronique.

La gastrite chronique offre, sous quelques rapports, les symptômes de la dyspepsie; mais l'état de la langue, qui est rouge à sa pointe, un léger mouvement fébrile coïncidant avec le travail de la digestion, des vomissements précédés d'un sentiment de chaleur plutôt que de malaise et de pesanteur, une soif violente après chaque repas, enfin la marche de la maladie, les accidents aigus antérieurement constatés, sont autant de circonstances qui permettent de reconnaître si la maladie est purement normale ou si elle est le résultat d'une inflammation antérieure.

Quant à l'entérite, et surtout à la colite chroniques, l'erreur est également facile, d'autant que l'état morbide de l'intestin réagit sympathiquement sur l'estomac et en trouble les fonctions. Cependant, la percussion, la palpation sur des sujets généralement émaciés permettent de distinguer la région de l'intestin plus spécialement affectée. La localisation serait plus difficile pour la portion transverse du gros intestin, en raison de ses rapports avec l'estomac; mais des selles le plus souvent diarrhéiques, une sensation douloureuse toujours perçue quelques heures après les repas, le développement des gaz dessinant la paroi abdominale, suivant le trajet du côlon, enfin tous les signes présents de la dyspepsie elle-même éclaireront l'observateur.

Les affections organiques de l'estomac, celles surtout qui sont produites par la diathèse cancéreuse, peuvent simuler la dyspepsie au début; mais alors l'erreur ne pourrait avoir de conséquences graves, attendu que le traitement de la dyspepsie, basé d'ailleurs sur les indications symptomatiques, entraverait plutôt qu'il n'activerait les progrès de la maladie. D'ailleurs, lorsque la lésion organique est établie, elle a des caractères matériels ou fonctionnels tellement tranchés que l'incertitude est impossible.

Traitement. — Il n'est pas une médication qui exige plus que celle de la dyspepsie le concours des malades, ou, s'ils sont encore jeunes, la surveillance des personnes qui les entourent. Ici, plus que dans toute autre circonstance, il importe de les questionner avec patience, avec discernement, et de leur faire comprendre à quelles causes remonte leur dyspepsie. Rappelons-leur l'exemple du Vénitien Louis Cornaro, affecté d'une grave dyspepsie due à des excès de tous genres, et qui, par sa fermeté et son intelligence, parvint à se guérir seul et à prolonger sa vie jusqu'à cent ans. Il avait réduit

son alimentation à 12 onces par jour et il a laissé, afin que son exemple pût être utile à d'autres, un traité sur les avantages de la sobriété (1). Je ne saurais trop en recommander la lecture à ceux qui ont pour dieu leur ventre et pour culte la table. Le difficile n'est pas de donner des conseils, mais d'obtenir qu'ils soient suivis; et si la plupart des dyspeptiques ne sont pas en quelque sorte leur propre médecin, ils peuvent considérer leur maladie comme incurable.

Efforçons-nous donc, quand des sujets affectés de dyspepsie nous consultent, de gagner leur confiance; n'ignorons aucune particularité de leur vie passée et présente; qu'aucun organe ne reste inexploré, qu'aucun trouble fonctionnel ne soit oublié; soyons maîtres affectueux du corps et de l'âme, afin que nous puissions, en médecins et en philosophes, couvrir la rigueur de nos prescriptions du manteau de l'amitié et du dévouement.

L'appréciation étant faite de toutes les causes possibles de la dyspepsie en présence, nous conseillerons au malade un régime minutieusement et méthodiquement institué : l'heure des repas, le choix et la quantité des aliments, le travail, l'exercice, le sommeil, rien ne sera oublié. Nous ferons, bien entendu, la part de l'âge, des constitutions, des positions sociales.

Quant à l'âge, nous subordonnerons la quantité et la qualité des aliments aux besoins physiologiques. Dans l'enfance et dans l'adolescence, nous permettrons des repas plus fréquents que copieux; à l'homme adulte, et suivant la dépense de ses forces musculaires, deux ou trois repas, tous substantiels et composés de viandes, ou deux seulement pour ceux dont le travail est intellectuel, et l'action sympathique du cerveau sur l'estomac très-étroite. Enfin, aux vieillards, nous recommanderons la plus grande sobriété, deux repas au plus, et moins substantiels qu'à tout autre âge.

Quant à la constitution, nous tiendrons compte des prédispositions naturelles : certains sujets assimilent beaucoup, tout en mangeant peu; l'absorption chez eux est active, prédominante, ils deviennent obèses; d'autres sujets, grands mangeurs, assimilent et absorbent peu, ils restent toujours maigres, quelles que soient l'abondance et la richesse de l'alimentation. Il en est chez qui l'action digestive de l'estomac marche de pair avec celle de l'intestin; chez d'autres, ces deux digestions ne sont ni synergiquement, ni sympathiquement or-

(1) *Discori della vita sobria*, Venise 1599 ; traduit en français par Labonardière, 1701.

données. Le stimulus de l'estomac n'est pas proportionnel à celui de l'intestin. Ou l'estomac fonctionne trop activement et surcharge l'intestin, ou l'intestin évacue trop précipitamment et sollicite à son tour l'estomac outre mesure, ou bien, au contraire, l'intestin répond incomplétement au stimulus, et il y a parfois constipation, d'autres fois diarrhée. On comprend facilement combien toutes ces considérations physiologiques ont d'importance et quel guide précieux elles sont pour le médecin.

Je ne m'étendrai pas longuement sur les indications puisées dans la position sociale du malade. Le traitement des dyspeptiques, qui sont devenus tels par excès de bonne chère, ne pourrait manifestement convenir aux malheureux qui soutiennent à grand'peine une vie toute de privations et de travail forcé. J'ai longuement insisté, à propos de l'étiologie, sur toutes les conditions qui favorisent le développement de la dyspepsie; il suffira de les passer en revue pour y trouver d'utiles indications.

Les digestions, avons-nous dit, peuvent être lentes et difficiles pour deux raisons complétement opposées : ou l'estomac répond insuffisamment au stimulus des aliments mis en rapport avec ses parois, dans ce cas il y a *asthénie;* ou bien ses parois se contractent avec trop d'énergie, la sécrétion du suc gastrique est trop abondante, il y a douleur, et la chymification livre à la digestion intestinale des produits incomplétement préparés; dans ce dernier cas il y a dyspepsie *sthénique.*

Aux dyspepsies résultant de l'asthénie, on opposera un régime stimulant, les viandes de bœuf et de mouton, la venaison, le vin de Bordeaux étendu d'eau, mais le tout en très-petites quantités. On ordonnera avant le repas une infusion amère et tonique, faite à froid avec le cassia amara, la gentiane, l'écorce de quinquina, la racine de colombo, ou du sirop d'écorce d'oranges amères; pendant le repas et mêlées au vin, les eaux minérales bicarbonatées sodiques de Vichy, d'Ems, de Saint-Alban, ou bicarbonatées calcaires de Pougues, de Saint-Galmier, ou de Condillac. Ce traitement conviendra aux malades qui digèrent mal, mais dont les digestions sont à la rigueur possibles; à ceux plus sérieusement affectés, sujets aux vomissements, soumis à la diète, il faudra imposer une diététique plus sévère, et surtout la surveiller de plus près. On expérimentera si les boissons et les aliments ne seraient pas mieux digérés à une température froide; si les sucs de viande congelés ne conviendraient pas mieux à l'estomac que les bouillons et le laitage, et si, malgré tous ces essais, les digestions restent lentes et difficiles, on ajoutera à chaque

dose d'aliment 25 centigrammes de pepsine. J'ai fréquemment ordonné la pepsine depuis deux ans, et je puis affirmer qu'elle a, concurremment avec les autres moyens, rendu les digestions plus promptes et plus faciles. On a conseillé dans ces derniers temps, et surtout dans la dyspepsie des enfants, de la viande crue, hachée et passée au tamis. Je n'ai pu que deux fois vaincre la répugnance des enfants à prendre cet extrait de viande sucré; l'un d'eux l'a facilement digéré, l'autre l'a vomi et je n'ai pu guérir sa dyspepsie, puis la diarrhée qu'elle avait produite, qu'en le soumettant à une alimentation sèche, composée principalement de biscuits, de biscottes, de grisinis, de madeleines, en très-petite quantité à la fois, malgré les cris de faim poussés par l'enfant.

Enfin, après les repas, quelques dyspeptiques se trouvent bien, malgré une apparente contradiction avec nos théories chimiques, de prendre de 1 à 3 gouttes d'acide chlorhydrique, ou de 10 à 15 gouttes d'acide lactique dans un demi-verre d'eau sucrée, surtout en cas de dyspepsie flatulente et d'éructations non aigres. D'autres fois, un mélange de sous-nitrate de bismuth et de magnésie ou de charbon en poudre sera conseillé avec plus d'avantage. Dans les dyspepsies dues à une surexcitation nerveuse, ce sont plutôt les digestions intestinales qui sont troublées que la digestion gastrique. Dans ces cas, il y a quelquefois des éructations acides, des aigreurs, des douleurs crampoïdes de l'estomac pendant le temps de la chymification; puis, ce premier travail opéré dans le ventricule, tout rentre dans le calme. Ce n'est qu'une ou deux heures après le repas que de nouveaux symptômes, et alors purement intestinaux, apparaissent : ce sont une constipation ou une diarrhée permanentes, et le plus souvent une constipation à laquelle succède une débâcle diarrhéique. Ces dyspeptiques se trouvent bien de suivre un régime de viandes blanches, de poissons, de légumes frais et verts, de vin peu alcoolique et très-étendu d'eau. Ils prennent avec avantage, dans un peu d'eau sucrée, chaque fois qu'ils ont conscience de la sensibilité de leur estomac, une cuillerée à bouche d'une solution composée de 150 grammes d'eau distillée, et de 1 décigramme de chlorhydrate de morphine. Cette solution sans mélange, sans sirop, ne fermente pas; les malades l'ont toujours ainsi à leur disposition. Une pilule de 2 à 5 centigrammes d'extrait d'opium, ou d'opium et de belladone combinés, produit les mêmes résultats favorables. J'ai souvent donné la belladone seule, suivant la méthode de Bretonneau, quand la constipation était prédominante, et je dois avouer qu'elle n'a point régularisé les évacuations. J'ai dû envoyer ces dyspep-

tiques aux eaux de Plombières, qui toujours ont vaincu la constipation. J'ajoute d'ailleurs comme complément indispensable à ce traitement l'usage d'une cuillerée à café de magnésie calcinée, ou mieux d'une cuillerée d'eau de chaux dans un peu d'eau sucrée, aromatisée avec de l'eau de fleurs d'oranger, et pendant le repas des eaux alcalines non gazeuses.

J'ai admis des dyspepsies par excès et par insuffisance de stimulus, mais on comprend que les phénomènes morbides offrent rarement ces caractères tranchés que nos théories aiment à supposer. Les névroses gastriques présentent une infinie variété de formes, suivant les causes, les influences, qui retardent ou aggravent la marche de la maladie, suivant la bonne ou la mauvaise direction donnée au traitement. Il y a des états dyspeptiques fort complexes, qui réclament, pour le même malade, la thérapeutique en apparence la plus contradictoire. Ainsi l'on doit prescrire, suivant l'époque de la maladie, suivant l'ordre des symptômes gastriques ou intestinaux, une médication tantôt acide, tantôt alcaline, une alimentation tantôt fortement excitante et tantôt peu stimulante, et l'on obtiendra ainsi momentanément des améliorations évidentes; puis, à la longue, une guérison définitive.

J'ai vu des malades, indistinctement soumis, par certains médicastres, à la formule invariable, unique, du vin, du rosbif et des toniques, payer de leur vie les effets homicides de ce régime; mais j'en ai vu aussi, dont le rétablissement et l'embonpoint ont protesté contre l'absolu de nos systèmes; et bien que ces guérisons empiriques soient moins fréquentes aujourd'hui qu'au beau temps où l'*irritation* tenait lieu de doctrine et les antiphlogistiques de thérapeutique, on les constate encore quelquefois.

Je viens d'exposer quelles précieuses ressources peuvent nous fournir le régime et la médication pharmaceutique; mais je ne saurais dire trop explicitement que l'ensemble de ce traitement ne sera suivi que d'améliorations passagères, si l'hygiène n'y entre pas comme partie importante des prescriptions; et, par hygiène, j'entends toutes les conditions favorables à l'exercice régulier des fonctions organiques.

Aux artisans, aux ouvrières qu'une ambition, bien légitime sans doute, mais souvent décevante, a conduits dans les villes populeuses, nous conseillerons le retour au pays natal, où ils retrouveront l'air pur et oxygéné des montagnes ou des plaines, les travaux agricoles et avec eux le calme de l'esprit. Aux artistes, aux hommes de lettres, aux hommes de science, aux fonctionnaires publics, aux magistrats,

qui ne trouvent que dans les cités l'instrument du travail et le stimulant que leur esprit réclame à tout prix, nous imposerons deux ou trois heures de repos chaque jour, des travaux de jardinage, une séance de gymnastique de plancher; pendant les vacances, le séjour sur les côtes maritimes, et, s'ils les peuvent supporter, les bains de mer. Aux dyspeptiques plus gravement affectés, en proie aux mille souffrances de l'état nerveux, nous prescrirons un traitement thermal approprié, et surtout l'hydrothérapie. La plupart des malades qui sont reçus à l'établissement hydrothérapique de Bellevue, que je dirige, sont affectés à divers degrés de dyspepsie, et tous obtiennent, sous l'effet de la médication reconstituante de l'eau froide, une prompte et complète guérison. Nous n'oublierons pas que changer de milieu, laisser au logis les travaux énervants, les soucis des affaires, ne vivre pendant quelques semaines que pour satisfaire l'appétit, dormir et se distraire, constitue sans contredit, pour bien des dyspeptiques, le plus efficace des traitements; surtout s'ils sont de ceux dont Horace a dit :

Bene est, cui Deus obtulit
Parca, quod satis est, manu.
(*Ode* XI, liv. III.)

et qu'ils puissent mener une vie champêtre, calme, frugale, sans pour cela se priver des jouissances que procurent les travaux intellectuels. L'exercice des facultés mentales est aussi une condition de santé : savoir vivre organiquement, sentir psychiquement, dans les limites d'une juste pondération, est la loi physiologique par excellence. La vie purement végétative serait d'ailleurs funeste à ces organisations compromises par des fatigues exagérées, imposées à l'intelligence et à l'imagination.

Je me suis longuement étendu sur le traitement de la dyspepsie, et cependant il me resterait beaucoup à dire si je prétendais écrire une monographie complète sur cette maladie; mais je puis abréger ma tâche, en me confiant à la sagacité du lecteur, qui saura toujours bien remonter à l'ensemble des causes. — Aux vieillards, à ceux qui prennent à peine le temps de déglutir leurs aliments, il recommandera une mastication plus complète; à ceux déjà prédisposés à la consomption nerveuse, une grande réserve dans les rapports sexuels. Il stimulera leur système nerveux et surtout le grand sympathique, à l'aide de la strychnine, et de préférence à l'aide des préparations arsenicales. Je ne saurais dire quels services rend journellement l'arsenic à ces organisations épuisées, soit par les excès, soit par une nutrition insuffisante.

J'ai intentionnellement, et dans le but de laisser à la description que j'ai faite de la dyspepsie un cachet pratique, peu emprunté aux auteurs qui se sont occupés de cette maladie ; je tiens cependant, en terminant, à citer quelques-uns de ceux qu'on pourra consulter avec fruits : Cullen, *Éléments de médeçine pratique*, traduits par Bosquillon, Paris 1859, t. II ; Barras, *Traité sur les gastralgies et les entéralgies*, 1829 ; Dalmas, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. XII, 1835 ; Andral, *Cours de pathologie interne*, 1848 ; Durand-Fardel, *Supplément au Dictionnaire des dictionnaires de médecine français et étrangers*, 1851, et *Traité thérapeutique des eaux minérales*, 1857 ; Trousseau, *Union médicale*, Leçons cliniques rédigées par Blondeau, 1857 ; Beau, *Gazette des hôpitaux*, Leçons rédigées par Nicolas, 1859.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'emploi des tissus élastiques dans les appareils chirurgicaux.

L'industrie offre aux chirurgiens de précieuses ressources ; il n'y a qu'à puiser dans cette mine si riche, et pourtant beaucoup d'entre nous, trop fidèles au principe : « Le mieux est l'ennemi du bien, » persistent à suivre une pratique qui n'est pas toujours la meilleure, mais que l'usage a sanctionnée. Ils repoussent de fécondes innovations, se privent, ou plutôt privent le malade, privent l'art des plus utiles progrès. C'est pour cela, sans doute, qu'il faut arriver à ces dernières années pour voir le caoutchouc et la gutta-percha entrer dans la pratique chirurgicale ; encore ne s'y sont-ils introduits que timidement et par une porte dérobée, appliqués à quelques cas seulement. Cependant les tissus élastiques surtout sont appelés à rendre les plus grands services ; comment donc leur intervention dans les appareils chirurgicaux a-t-elle été si tardive ? L'invention des bretelles ne date pas d'hier, et, malgré cet enseignement, l'usage des bandes élastiques est loin d'être général ; elles n'ont pas été employées surtout dans les cas où leur efficacité pouvait être la plus grande. M. Morel-Lavallée, à qui l'art chirurgical est redevable de plusieurs appareils ingénieux, parmi lesquels je citerai seulement ici le moule en gutta-percha pour les fractures des mâchoires, est le premier chirurgien qui ait généralisé l'emploi du tissu élastique. Depuis plus d'un an, les élèves en chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine (1859) et de l'hôpital Cochin (1860) ont pu

constater les excellents effets qu'on obtient de son application à presque tous les cas où une pression continue est nécessaire.

Les fractures des membres inférieurs, de la jambe surtout, celles de la rotule, de la clavicule, des côtes; cette lésion que M. Morel-Lavallée a si bien décrite sous le nom d'*épanchement traumatique de sérosité*, sont les affections où l'emploi du tissu élastique produit les meilleurs résultats; mais on peut aussi en tirer un excellent parti dans bien des cas où il faut établir une compression méthodique, à la base du sein, par exemple, pour les engorgements inflammatoires sous-mammaires, etc. Je me propose de passer rapidement en revue les principaux cas où je l'ai vu employer par M. Morel-Lavallée, et où un succès a signalé chaque fois son emploi.

Les fractures des membres inférieurs fournissent les cas les plus nombreux et les plus concluants; je ferai d'abord une remarque : M. Morel-Lavallée a substitué avec avantage, dans l'appareil de Scultet, des lacs élastiques aux lacs à boucles en fil, par lesquels M. Malgaigne a déjà si heureusement remplacé les cordons; ces rubans élastiques non-seulement ne se relâchent pas, mais ils suivent les paillassons dans leur affaissement, et compensent autant que possible, par leur ressort, la diminution de volume des parties qu'ils doivent maintenir. Mais je ne parle de cette modification de l'appareil classique des fractures que pour les chirurgiens qui, habitués à ce mode de traitement, consentiraient difficilement à en employer un autre. Pourtant la gouttière en fil de fer de Bonnet, de Lyon, est bien préférable dans tous les cas où la fracture est sans déplacement; il est vrai que dans les cas où il existe un déplacement, il n'est guère possible de le combattre activement dans la gouttière, par les moyens ordinaires : les compresses graduées, la ouate sont des agents infidèles et dont l'action est de peu de durée; mais qu'on adapte à la gouttière une bande élastique, comme je vais essayer de le faire comprendre, et on maintiendra la fracture réduite aussi complétement que possible.

Cette bande est large de 8 à 10 centimètres; à l'un de ses bouts, elle est séparée en deux chefs dans une plus ou moins grande largeur, selon le cas; à l'autre bout, on a cousu deux boucles de la largeur de ces chefs.

Je suppose maintenant qu'on ait affaire à une fracture de la partie inférieure de la jambe, que le fragment supérieur se porte en dedans, et le pied, avec le fragment inférieur, en dehors. Que fait le chirurgien dans un cas de ce genre? Avec une main, il saisit

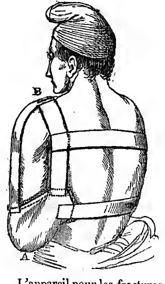
le membre au-dessus de la solution de continuité, et avec l'autre il le saisit au-dessous, puis il pousse chacune des deux parties en sens contraire du déplacement, de manière à ramener les os dans leurs rapports normaux; mais ces manœuvres sont très-douloureuses pour le malade; en outre, il arrive souvent que le déplacement se reproduit aussitôt qu'on abandonne le membre à lui-même, ce que l'on est bien obligé de faire pour appliquer l'appareil contentif. Cet inconvénient ne se présente pas avec la gouttière munie de bandes élastiques; car ce sont ces bandes mêmes qui opèrent ou maintiennent la réduction, exactement comme pourraient le faire les mains du chirurgien, avec cet avantage qu'elles le font d'une manière continue, comme on va le voir. La jambe est placée dans la gouttière garnie d'ouate, et le pied fixé au moyen d'une bande élastique simple à la semelle de la gouttière, le plus près possible de son bord interne, dans le cas qui nous occupe; la bande élastique à boucles, que j'ai décrite plus haut, aura dû être d'avance disposée transversalement dans la gouttière, de façon que son bord inférieur corresponde au niveau de la fracture; les chefs de la bande seront placés en dehors et les boucles en dedans; les chefs seront introduits dans une boutonnière horizontale pratiquée à cet effet au travers des mailles de la gouttière et des linges qui la garnissent, à un centimètre environ de son bord. Les choses étant ainsi disposées, il ne reste plus qu'à ramener sous la jambe l'extrémité de la bande qui porte les boucles, dans lesquelles on engagera les chefs, et à serrer. Le fragment est ainsi maintenu par une anse élastique qui embrasse le membre et qui est fixée à la gouttière, du côté opposé au déplacement. La bande enveloppe donc la jambe et le bord externe de la gouttière, qui joue le rôle d'attelle. Inutile de dire qu'il faut interposer de la ouate entre les bandes et le membre : on prévient ainsi la douleur que produirait infailliblement la pression, et la gangrène des parties. Par ce qui précède, on comprend aisément comment le segment supérieur du membre, attiré vers le bord externe de la gouttière, et le segment inférieur vers son bord interne, seront nécessairement ramenés à leurs rapports normaux : l'élasticité des bandes ne leur permettra pas de perdre ces rapports, et si elles se relâchent quelque peu, rien n'est plus facile que de les resserrer.

Si le déplacement était en sens contraire de celui que nous venons de supposer, on disposerait les bandes inversement : les chefs traverseraient le côté interne de la gouttière, et le pied serait fixé près de son bord externe. Le même moyen sert à combattre le dé-

placement en avant du fragment supérieur du tibia, déplacement si fréquent : ce déplacement existe-t-il seul, il suffira d'envelopper la gouttière tout entière avec la bande élastique, qui pressera ainsi directement sur le fragment déplacé.

Le même procédé est applicable aux fractures du corps du fémur : la bande sera serrée autour de la fracture, pendant qu'un aide tirera sur le membre ; le pied sera fixé à la gouttière aussitôt après la réduction, pour empêcher le raccourcissement, et on l'empêche, en effet, très-activement ; dans plus d'un cas, le raccourcissement et la déformation du membre ont été complétement nuls après la guérison.

Pour les fractures de la clavicule et les luxations en haut de l'extrémité externe de cet os, M. Morel-Lavallée emploie l'appareil construit avec des bandes élastiques de quatre à cinq centimètres de large. Un grand nombre de fractures de la clavicule guéries sans difformité prouvent, mieux que tous les raisonnements, l'efficacité de ce moyen.





L'appareil pour les fractures de la clavicule se compose d'un sac de toile garni d'ouate A, dans lequel on fait reposer le coude du blessé, le bras étant appliqué contre la poitrine et l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras. A la partie postérieure du sac est cousue une bande élastique qui s'applique verticalement sur le dos, passe sur l'épaule, en pressant directement sur la fracture B, et vient s'at-

tacher au devant de la poitrine, à une boucle cousue à la partie antérieure du sac. A la partie dorsale de cette bande sont cousues horizontalement deux autres bandes élastiques, l'une au niveau de la ligne des aisselles, l'autre à vingt centimètres plus bas ; elles vont passer l'une et l'autre sous le bras du côté sain, et, faisant ainsi le tour du corps, vont s'attacher, au moyen de boucles, la supérieure à la portion thoracique de la première bande, l'inférieure au côté interne du sac, au-dessous de l'avant-bras ; la bande verticale sert à soutenir le coude en même temps qu'à réduire la fracture en appuyant sur elle ; la bande horizontale supérieure sert à rapprocher la bande verticale plus ou moins de la ligne médiane, selon le besoin, et à la maintenir sur la fracture, et l'empêche de glisser sur l'épaule ; la bande horizontale inférieure soutient l'avant-bras du côté malade, en même temps qu'elle fixe le bras appliqué contre le corps.

M. Roché, interne du service, a eu l'obligeance de me communiquer une observation de luxation de l'extrémité externe de la clavicule, lésion essentiellement réfractaire à tous les moyens de traitement, comme on le sait, et dont celui-ci a merveilleusement triomphé. Ce fait trouve ici sa place naturelle, et je suis heureux de pouvoir le transcrire. Il s'agit d'un malade venu pour une fracture de côtes avec emphysème.

Martin Queriot, quarante-deux ans, carrier... 17 janvier. — Le malade se plaignant de l'épaule, on découvre, en l'examinant, une luxation incomplète de l'extrémité externe de la clavicule en haut, et qui avait passé inaperçue jusqu'à ce jour. Cette extrémité forme une saillie considérable en arrière et un peu en dehors. Si l'on presse sur la clavicule, en portant le bras en haut et en arrière, la luxation se réduit pour se reproduire immédiatement après ; en dehors, rainure notable entre elle et l'acromion ; crépitation peu forte dans les mouvements, qui sont tous possibles. Les mouvements d'abduction et d'élévation sont un peu douloureux et difficiles, mais le malade les rapporte plutôt à ses côtes qu'à l'épaule. Ce n'est que le 26 qu'on a pu avoir et appliquer l'appareil des fractures de la clavicule, décrit ci-dessus. Le 12 février, on s'aperçoit que ce malade, dont la luxation s'était parfaitement maintenue jusque-là, enlève depuis quelques jours son appareil, pour le remettre au moment de la visite. La tête de la clavicule forme une saillie assez forte. Le malade, sévèrement réprimandé, n'a pas défait de nouveau son appareil ; aussi la luxation se maintient-elle réduite définitivement, de sorte que, le 21 février, jour de la sortie du malade, c'est à peine si elle

forme une saillie plus élevée que l'autre; encore faut-il savoir qu'elle doit exister pour la constater.

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Morel-Lavallée avait déjà guéri, avec le même appareil, une luxation analogue, sans aucune trace de difformité.

Mon intention n'étant que d'indiquer sommairement les cas les plus fréquents dans lesquels on peut employer les tissus élastiques, je ne décrirai pas l'appareil que M. Morel-Lavallée a employé dans quatre cas consécutifs de fracture de la rotule, tous suivis de consolidation, deux avec un cal osseux, deux avec un cal fibreux, extrêmement court et robuste, et sans roideur articulatoire. D'ailleurs, cette remarquable série de cas devant être publiée dans un travail spécial de M. Bosia, ancien interne de M. Morel-Lavallée, il ne m'appartient pas d'entrer dans de plus longs détails sur ce sujet; je n'ai plus que quelques mots à dire sur les autres applications du tissu de bretelles.

Chacun sait combien les bandages de corps employés pour les fractures de côtes servent peu et surtout peu longtemps : quelques efforts que l'on fasse pour en tirer un bon parti, on est forcé de reconnaître que leur action est complétement illusoire : quand on veut les faire tenir quand même, il faut les serrer au point que le malade ne peut plus respirer librement, ayant la poitrine emprisonnée dans un cylindre à peu près inextensible. Ces inconvénients n'existent pas avec la ceinture élastique de même largeur que le bandage de corps, que M. Morel-Lavallée lui a substituée; il ne peut se relâcher, grâce à son élasticité, et cette même propriété lui permet de suivre tous les mouvements de dilatation et de resserrement du thorax. La même ceinture a servi maintes et maintes fois à M. Morel pour les décollements traumatiques de la peau, si fréquents à la région dorsale ou lombaire. On sait, en effet, que l'épanchement de sérosité qui est exhalé sous ces décollements n'a aucune tendance à se résorber spontanément, et que la compression, jointe aux vésicatoires, est le moyen le plus sûr d'obtenir cette résorption et le recollement de la peau, qui en est la conséquence. Les cas nombreux de guérison recueillis dans le service de M. Morel-Lavallée prouvent à quel point la compression est efficace avec la ceinture élastique.

J'ai dit qu'on pouvait employer les bandes élastiques pour comprimer le sein à sa base; l'appareil est des plus simples : la partie moyenne de la bande sera appliquée sous le sein, les deux chefs se croiseront au-dessous de cet organe; l'externe passera sous l'ais-

selle du même côté et ira se boucler, derrière le dos, avec l'autre chef passé sur l'épaule, du côté opposé, près de la racine du cou. De la ouate sera placée entre la bande et la peau, partout où la pression pourrait être douloureuse.

Je n'ai cité, dans cet article, que les cas où j'ai vu employer les tissus élastiques, et j'ai pu parler avec conviction des avantages qu'ils présentent sur les bandages inextensibles, parce que je les ai constatés et notés avec soin depuis dix-huit mois. P. CLIPET.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Des formules modèles pour l'administration du perchlorure de fer. — Incompatibilités chimiques.

Les merveilleux effets fournis par l'emploi topique du perchlorure de fer ne devaient pas tarder à ramener les expérimentateurs à l'étude de ce sel administré à l'intérieur. Le souvenir des services rendus à la thérapeutique par la *teinture nervine de Bestuchef*, qui n'était autre qu'une solution de perchlorure dans l'éther sulfurique, était bien fait pour encourager ces essais. Nous n'avons pas à rappeler ici les résultats fournis par l'étude nouvelle de ce persel; ils ont été enregistrés dans ce journal, au fur et à mesure de leur publication. Notre but est de signaler les meilleurs modes d'administrer le perchlorure à l'intérieur. Les applications à des maladies nombreuses et diverses ont fait varier les préparations. Auxquelles devons-nous donner la préférence? Un laborieux et sagace pharmacien, dont le nom se rattache à l'étude de l'action de ce sel de fer, M. Burin du Buisson, dans le mémoire couronné par l'Académie de médecine et qu'il vient de publier (1), a été amené à discuter cette question importante. Voici comment il la résout :

« La solution normale de perchlorure de fer à 30 degrés Baumé, convenablement administrée, doit suffire, à elle seule, à tous les emplois thérapeutiques du perchlorure, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Et pour cela, les deux formules suivantes nous paraissent devoir répondre à toutes les applications possibles du sel ferrique à l'intérieur.

Potion de perchlorure de fer.

PR.	Sirop de sucre................	30 grammes.
	Eau distillée..................	100 grammes.
	Perchlorure à 30 degrés........	20 à 30 gouttes.

(1) *Traité de l'action thérapeutique du perchlorure de fer*, 1 vol. in-8.

A prendre par cuillerées d'heure en heure, contre toutes les hémorrhagies internes, au moins trois ou quatre heures après les repas.

Dans la fièvre typhoïde et les maladies des intestins, on peut remplacer le sirop de sucre par ceux de morphine ou de codéine.

Limonade au perchlorure de fer.

Contre l'érysipèle et les inflammations des capillaires externes, on fera prendre en vingt-quatre heures, par demi-tasse à café, toutes les heures, la limonade suivante :

Pr.	Eau pure........................	1 litre.
	Acide citrique....................	4 grammes.
	Sucre blanc......................	70 grammes.
	Perchlorure de fer..............	50 à 80 gouttes.

Collutoire pour toucher les gencives.

Dans la gengivite, la stomatite scorbutique et les autres affections de la bouche, qui furent si communes et si graves pendant la guerre de Crimée, les docteurs Barudel et Gueury eurent beaucoup à se louer du mélange suivant :

Pr.	Suc de citron..................	4 grammes.
	Perchlorure de fer à 30 degrés....	4 grammes.
	Eau..........................	10 grammes.

Pour les applications externes, les injections et les lavements, la solution de perchlorure doit, autant que possible, être employée mélangée à l'eau pure, dans les proportions jugées convenables suivant le cas.

A propos des incompatibilités chimiques du perchlorure de fer, M. Burin du Buisson fait remarquer qu'on doit proscrire, dans les formules où entre ce sel de fer, toutes les substances qui contiennent du tannin, et par conséquent le quinquina, le ratanhia, le cachou et leurs préparations. Que si l'indication existait de recourir aux deux médications, on doit prendre soin de faire administrer l'une au commencement de la journée, l'autre le soir.

Le perchlorure coagulant la gomme comme l'albumine, il ne faut jamais associer ce médicament à l'une ou l'autre de ces deux substances. La présence du sirop de gomme, si généralement prescrit dans les potions, suffit pour amener l'intolérance du sel de fer et le faire rejeter par l'estomac.

Enfin, il convient également de n'administrer le perchlorure qu'à un intervalle de trois à quatre heures après le repas, surtout lors-

qu'on désire obtenir, par son passage dans le sang, le ralentissement de la circulation générale.

Moyen d'assurer la bonne conservation de la pommade à l'iodure de potassium.

Nous avons déjà indiqué, dit M. le docteur Dieudonné, l'emploi de la potasse caustique pour prévenir la décomposition de l'iodure potassique et la coloration en jaune brun de la pommade préparée avec ce sel. Depuis lors, on a observé qu'on pouvait empêcher cette pommade de se colorer, en y introduisant quelques gouttes de teinture de benjoin. D'après M. Huenčh, la teinture de benjoin ne devrait cette propriété conservatrice qu'à la résine qu'elle contient; aussi, partant de cette idée, obtint-il le même résultat en ajoutant 10 centigrammes de colophane pure par 30 grammes de pommade. Au bout d'une année, la pommade ainsi préparée était encore aussi blanche que le premier jour.

Innocuité des huiles aromatisées avec l'essence d'amandes amères.

M. Jeannel vient de reproduire dans le Journal de médecine de Bordeaux la réclamation de priorité que nous a adressée M. Sauvan. Après avoir fait remarquer que la réclamation du pharmacien agénois n'eût rien perdu de sa légitimité pour être faite en termes plus bienveillants, le savant professeur profite de l'occasion qui lui est offerte pour démontrer l'innocuité des doses d'huile essentielle qu'il a conseillées. Nous reproduisons la partie de la note de M. Jeannel qui a trait à ce point important, car M. Sauvan a uni à la fortune de la préparation qu'il recommandait, en désignant sous le nom effrayant d'*huile cyanhydrée* le produit parfumé qu'il a obtenu avec l'essence d'amandes amères.

1° J'ai pris moi-même, dit M. Jeannel, en une seule fois, dans 200 grammes de lait sucré, jusqu'à 5 gouttes d'huile essentielle d'amandes amères, sans avoir éprouvé aucun autre effet appréciable qu'une forte saveur d'amandes amères. 2° J'ai administré à des enfants des doses croissantes d'huile désinfectée par l'huile essentielle d'amandes amères ou l'eau distillée de laurier-cerise, et jusqu'à 60 grammes par jour, en deux doses, sans avoir jamais observé aucun symptôme quelconque. 3° J'ai administré à des adultes jusqu'à 100 grammes d'huile désinfectée, sans qu'il ait été possible de constater autre chose que l'odeur et la saveur agréables du médicament.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du traitement du délirium tremens par la digitale à haute dose.

Quelques-uns des amis que je compte parmi les médecins de Londres, M. Spencer Wells, le docteur Ballard, M. Mac Crea, se trouvant dernièrement à Jersey, j'eus occasion de les rendre témoins des effets de la digitale à haute dose dans le traitement d'un cas très-grave de délirium tremens. Aujourd'hui, d'après leur invitation pressante, je viens faire part à mes confrères de ce que l'expérience m'a enseigné relativement à ce mode de traitement.

Il y a environ douze ans, je fus appelé pour voir un malade atteint de délirium tremens, et qui était presque à l'article de la mort. Je prescrivis une dose d'éther chlorhydrique et de teinture d'opium. Sa femme, qui vint chercher le médicament, prit par erreur un flacon contenant une once de teinture de digitale. Je découvris la méprise, et je fus véritablement terrifié en apprenant que le malade avait pris cette dose; mais je ne fus pas moins étonné que satisfait lorsque je sus qu'au lieu d'être empoisonné, il se trouvait beaucoup mieux. Avec le traitement ordinaire, je suis pleinement convaincu qu'il eût succombé à sa maladie; or, après cette seule dose, il se rétablit rapidement. Mettant dès lors à profit cette donnée fournie par le hasard, je commençai à administrer la digitale dans tous les cas de délirium tremens que je rencontrais, soit dans mon service nosocomial, soit dans ma pratique civile, et depuis douze ans je l'ai employée dans au moins soixante-dix cas, ce funeste effet de l'abus des boissons alcooliques étant très-commun à Jersey.

Pour ce qui est de la dose, l'expérience m'a appris que le mieux est de donner une demi-once de teinture dans une petite quantité d'eau. Dans quelques cas peu nombreux, cette seule dose est suffisante; mais, en général, une seconde est nécessaire quatre heures après la première. Quelquefois, mais très-rarement, il en faut encore une troisième; seulement, il n'y a presque jamais lieu pour celle-ci de dépasser 2 drachmes (environ 8 grammes). La quantité la plus forte que j'aie jamais administrée a été *une demi-once* d'abord, puis *une seconde demi-once* au bout de quatre heures, et enfin *une troisième demi-once* encore six heures après la seconde, c'est-à-dire en tout une once et demie en dix heures.

Quant aux effets, mon impression est que, dans ces cas, l'action s'exerce sur le cerveau et non sur le cœur. Le pouls, loin de perdre

de sa force, devient plus plein, plus fort et plus régulier, très-peu de temps après la première dose. La sueur froide et visqueuse disparaît et la peau devient plus chaude. Aussitôt que le médicament produit complétement son effet, le sommeil arrive communément et dure cinq, six ou sept heures. C'est le sommeil qui sert de guide pour indiquer s'il y a lieu de répéter la dose. Il n'y a pas d'action sur les reins, comme le démontre la sécrétion de l'urine qui reste dans les conditions ordinaires. Parfois il se manifeste un léger effet purgatif, mais cela n'est pas commun. Je n'ai jamais vu aucun symptôme alarmant suivre l'emploi de ces fortes doses de digitale. Dans le seul cas où j'ai eu à regretter une terminaison funeste, depuis que j'ai adopté ce traitement, le malade avait une tumeur dans le cerveau. Dans trois cas seulement, j'eus recours à d'autres moyens après la digitale, et ces moyens ne réussirent pas à amener le sommeil. En d'autres termes, chez soixante-sept malades sur soixante-dix, la digitale fut le seul médicament mis en usage, et soixante-six se rétablirent. Je ne veux pas dire que ce soit là le nombre exact des malades que j'ai traités ; je suis certain de la proportion que je donne en ce qui concerne la terminaison funeste, mais j'ai pu avoir un plus grand nombre de guérisons. Je suis dans les limites du vrai en comptant soixante-dix faits dans l'espace de dix années, et en disant que tous étaient des cas bien marqués de délirium tremens. J'ai été témoin de nombreux cas de troubles nerveux légers, suite d'excès alcooliques ; mais je ne parle ici que de cas assez sérieux pour réclamer un traitement actif. D'après mon expérience antérieure, les résultats du traitement par l'opium ou par quelqu'une de ses préparations, par les antispasmodiques, etc., ont été certainement beaucoup moins avantageux ; la proportion des morts a été beaucoup plus considérable, et, dans les cas terminés heureusement, la guérison s'est montrée beaucoup moins rapide. Enfin, j'ai traité avec succès, au moyen de la digitale, des malades qui, dans des attaques subséquentes survenues ailleurs, ont été traités par l'opium et ont succombé ; et dans beaucoup de cas où j'ai réussi en recourant à la digitale, l'opium avait été administré d'abord sans aucun effet utile.

A l'appui de ce qui précède, je me bornerai à rapporter le seul cas suivant.

Le 9 septembre 1860, je fus appelé auprès d'un gentleman âgé de quarante-huit ans, qui se trouvait dans un état très-alarmant, étant privé de sommeil depuis quatre jours et quatre nuits. Il avait été soigné par un autre praticien au moyen de l'opium à doses mo-

dérées; mais il allait de plus en plus mal, et, lorsque je fus mandé auprès de lui, ce fut l'avis de M. Spencer Wells et de M. Mac Crea, qui m'accompagnaient à ma première visite, que ce cas était aussi grave qu'aucun dont ils eussent jamais été témoins. Pour moi, je n'en avais certainement jamais vu de plus inquiétant : pouls presque imperceptible; tégument couvert d'une sueur froide et visqueuse; face mortellement pâle; lèvres bleues; mains agitées de tremblements convulsifs, semblant chercher à saisir l'air; yeux ayant l'expression de la terreur; intelligence égarée et marmottement continuel de propos incohérents et sans suite. En présence de mes amis, je fis avaler au malade, non sans quelque peine, une demi-once de teinture de digitale. En quelques minutes il devint plus tranquille, et le pouls pouvait se sentir plus facilement; nous le quittâmes. Quatre heures après, je retrouvai le malade toujours dans l'insomnie, mais il était moins tremblant, et la température du corps s'était relevée. Je répétai la dose. Trois heures plus tard, il n'avait pas encore dormi, quoiqu'il fût mieux sous les autres rapports. J'administrai de nouveau 2 drachmes du médicament, ce qui faisait 10 drachmes dans l'espace de sept heures. A la suite de cette troisième dose, il eut un peu de sommeil, et dans la nuit il dormit plusieurs fois à différentes reprises. Le matin suivant, le docteur Ballard le vit avec mes autres amis, et tous furent extrêmement satisfaits de l'amélioration considérable qui s'était produite. L'intelligence était revenue, les terreurs avaient cessé, le tremblement était très-léger; la peau était chaude, la langue humide et le pouls plein et régulier à 90. Les bruits et l'impulsion du cœur étaient normaux. Il y avait eu une garde-robe, et l'urine avait été rendue en quantité naturelle. Le malade put prendre du bouillon, but de *l'impériale* et de la limonade assez abondamment, mais il ne prit aucun stimulant de quelque genre que ce soit, ni aucun autre médicament. Il dormit sans interruption trois heures et demie dans l'après-midi, et fit encore plusieurs sommes de temps en temps. La nuit suivante fut bonne, et quand mes amis le revirent le lendemain matin, il était à peu près bien et demandait à manger une côtelette de mouton.

J'ai la confiance que cet exposé des résultats de mon expérience pourra engager quelques-uns de mes confrères à suivre ce que je considère comme un enseignement pratique d'une grande valeur; mais je dois avertir ceux qui y seraient disposés de ne pas essayer, comme je l'ai fait, des doses plus faibles que celles que je viens de recommander. En agissant ainsi, non-seulement ils perdraient un temps précieux, mais mon opinion est que cette manière de faire

serait plus nuisible qu'utile au malade. Des doses d'une demi-drachme ou d'une drachme ne font aucun bien, et, dans quelques cas où j'ai essayé moi-même de telles doses, le pouls est devenu intermittent. Je n'ai jamais observé cet effet à la suite des doses plus fortes ; au contraire, un pouls faible et intermittent est en général devenu bientôt plus plein et plus régulier, preuve, je pense, comme je l'ai dit plus haut et comme je désire le persuader à mes confrères, que l'action curative s'exerce primitivement sur le système nerveux et non sur les organes de la circulation.

C.-H. JONES,
Chirurgien de l'hôpital général de Jersey.

BIBLIOGRAPHIE.

La Médecine des passions, ou les Passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion, par M. J.-B.-F. DESCURET, docteur en médecine et docteur ès lettres de l'Académie de Paris ; 3e édition, revue, corrigée et augmentée.

La *Médecine des passions!* voilà un livre qui, malgré la simplicité de son titre, doit piquer la curiosité de bien des gens. Malheureusement, nous le craignons, ce n'est point à ceux qui auraient le plus besoin des sages conseils dont il est rempli, qu'il ira surtout, et qu'il atteindra ainsi un des buts que notre savant et très-distingué confrère a dû se proposer. La passion ressemble à une de ces maladies qu'il n'est pas très-rare de rencontrer dans la pratique, et où l'homme est dans une complète illusion sur la gravité de l'état dans lequel il se trouve. *Somnium enarrare vigilantis est,* a dit le poëte : la passion, elle aussi est un rêve, et le sentiment qu'elle est un mal, quand elle dépasse certaines limites, seul cas où elle devient justiciable d'une médecine quelconque, le sentiment qu'elle est un mal, dis-je, quand les malades l'éprouvent, c'est qu'ils sont bien près d'en être guéris. A le considérer au point de vue de l'autodidactisme, cet excellent livre doit donc très-souvent manquer son but, et n'aller guère directement qu'aux invalides de la passion, aux diables qui, devenus vieux, se sont faits ermites. Mais s'il a été dans la pensée évidente de l'auteur que son livre, comme un remède moral, comme un évangile de raison et de bon sens, servît directement à combattre les effets désastreux des passions excessives sur l'organisme vivant, il n'a pas eu en vue que cette voie pour réaliser le bien qu'il en espère ; il s'adresse en même temps au médecin, au moraliste, au prêtre et au législateur, dont il est obligé de se servir

comme d'intermédiaires nécessaires pour accomplir son œuvre éminemment philanthropique. Nous aimerions à nous placer tour à tour, avec l'auteur, aux points de vue divers que nous venons d'indiquer, et d'où l'on peut combattre plus ou moins efficacement les diverses passions qui font échec à la raison humaine ; mais outre que ce serait sortir du cadre de ce journal, ce serait nous lancer dans une voie sans limites, où nous pourrions fort risquer de nous égarer ; nous voulons éviter l'un et l'autre de ces écueils. Toutefois nous désirons, sur un de ces points, soumettre à la sagacité de notre très-honorable confrère une courte remarque.

M. Descuret, en maints endroits de son livre, n'hésite pas à déclarer que c'est surtout dans l'énergie des sentiments religieux qu'il faut prendre son point d'appui pour combattre les passions : nous croyons que sur ce point, et en exprimant ainsi sa pensée d'une manière générale, l'auteur est dans le vrai. Quel est, en effet, le but essentiel de la religion, soit qu'on admette les religions positives proprement dites, soit qu'on professe que Dieu ne se révèle à l'homme que dans les inspirations de sa conscience, par l'idée de justice et le sentiment du devoir; quel est, répétons-nous, le but essentiel de la religion, sinon de raviver ces inspirations, de désintéresser l'homme des futilités de la vie, et de le relever vers Dieu? En ce sens, quelle puissance semble plus appropriée que la religion à combattre les passions qui sont non la négation, mais l'obscurcissement passager de ces lumières intérieures de la conscience humaine? Mais ici, comme dans les meilleures choses du monde, il y a un péril à éviter : c'est, comme l'a dit quelque part Chateaubriand, de faire de la religion elle-même une passion. Dieu ne veut point être aimé, obéi dans le délire ; il ne veut pas davantage que l'homme s'abêtisse, pour entrer en communion avec lui : il veut l'hommage d'une volonté libre et d'une raison convaincue, il veut être adoré en esprit et en vérité. Or, il faut bien le reconnaître, à entendre la religion comme on l'entend quelquefois, elle n'est qu'une erreur passionnée, dont il est difficile de comprendre l'heureuse influence pour apporter la paix là où règne le désordre d'un égoïsme qui se fait le centre de tout ; et puis la passion touche-t-elle de si près à la folie, qu'il soit permis à l'homme de tromper l'homme, pour arriver à une guérison douteuse, et qui, dans tous les cas, ne saurait jamais être de la vertu? La religion rabaissée à des pratiques vaines, où l'homme se réduit à une sorte d'automatisme sans spontanéité, sans efforts de la liberté morale pour effectuer le retour au bien, la religion ainsi comprise est-elle une force bien efficace pour lutter contre la

passion; n'endort-elle pas bien plutôt l'âme dans une sorte de sommeil, où les impulsions organiques de la passion emportent l'homme dans des excès, où il n'est plus même défendu par le sentiment du remords? Nous aurions désiré que M. Descuret entrât dans cet ordre d'idées et le développât : qu'il nous permette, si quelque jour il veut suivre notre conseil, de citer un passage du livre admirable d'un auteur bien plus autorisé que nous, et où la pensée que nous venons de laisser pressentir est plus nettement exprimée : « Ce n'est manquer à aucune religion, dit M. Jules Simon, que de dire qu'à force de guider les hommes et de les dispenser en quelque sorte de vouloir, il leur arrive, lorsqu'elles s'adressent à une âme à la fois faible et orgueilleuse, de paraître plutôt une formalité qu'une croyance, plutôt un ensemble de pratiques qu'un système de dogmes. Le symbole et la morale, qui sont la tutelle de toute religion, disparaissent ou s'effacent, pour ne laisser dans l'esprit que des règles minutieuses, dont il n'a pas même l'intelligence, et sur lesquelles il se repose à loisir. Le catholicisme l'a profondément compris, quand il a mis la superstition au rang des péchés les plus graves, et quand il a, pour emprunter une de ses expressions, crié sur les toits que la pureté de l'âme est la première condition de la vie religieuse. Plus on s'éloigne de la grandeur de ce principe, pour s'attacher exclusivement aux détails du culte, et plus on perd ce sentiment de la tolérance, qui est une des formes de la charité. Dans les religions surtout, dont le symbole est contradictoire, imparfait, dont la morale est défectueuse et dont tout l'être, pour ainsi dire, est d'avoir des cérémonies et des rites, il règne un esprit de domination contre lequel on doit d'autant plus réagir, que de telles Églises n'apportent, avec leur joug, rien qui soit de nature à élever l'âme ou à la régler. En général, il est bon de savoir respecter, mais il faut respecter seulement ce qui est respectable, et *respecter sans se livrer* (1). » Que notre très-religieux confrère ne s'effraye point des hardiesses philosophiques qu'on pressent derrière ces lignes : là où est un vif sentiment de Dieu, on est certainement dans la vérité. Mais nous nous sommes laissé entraîner dans une voie scabreuse que nous voulions éviter; revenons.

Nous l'avons dit : dans le traitement des passions, M. Descuret fait la part de la médecine : telle est même la part de celle-ci dans l'étude physiologique ou pathologique qu'il en fait dans son livre, que le plan d'après lequel il est conçu est celui-là même qu'on suit

(1) *Le devoir*, 3e édition, p. 417.

d'ordinaire dans les monographies complètes des maladies proprement dites : c'est ainsi que l'auteur commence par esquisser une sorte de pathologie générale des passions, dans laquelle celles-ci, après avoir été définies et divisées, sont successivement considérées dans leur sujet, dans leur cause, dans leur séméiologie, dans leur marche, leurs complications, etc., et enfin dans le traitement qui en général leur est applicable : ces données générales développées avec toutes les ressources d'un esprit depuis longtemps rompu aux analyses délicates, M. Descuret expose la pathologie spéciale et la thérapeutique de ces désordres mixtes de la vie. Ici viennent se ranger sous trois rubriques distinctes l'ivrognerie, la gourmandise, la colère [1]; la peur, la paresse, le libertinage (*passions animales*); l'amour, l'orgueil, l'ambition, l'envie, l'avarice, la passion du jeu, le suicide, le duel, la nostalgie (*passions sociales*); enfin, sous le titre de *passions intellectuelles* ou *manies*, l'auteur traite de la manie de la musique, de la manie de l'étude, de la manie de l'ordre, de la manie des collections et du fanatisme artistique, politique et religieux. Voilà certes un magnifique programme d'études, et si jamais un sujet si riche et si fécond eût tenté notre humble plume, nous nous serions surtout appliqué à nous faire sobre, mesuré en nos développements, pour éviter de nous perdre dans le labyrinthe d'un tel pandémonium. M. Descuret, nourri à la fois de fortes

---

[1] M. Descuret a cité de remarquables observations, où on a pu triompher de colères, d'emportements pour lesquels on ne consulte pas souvent directement les médecins, mais qui se trahissent souvent dans des confidences auxquelles on se laisse facilement entraîner. Voici un fait que j'ai lu quelque part, et que je vais résumer brièvement.— Un homme d'esprit, et qui passait pour quelque peu sorcier, vivait à la campagne. Il avait des talismans pour toutes les maladies, les maladies morales surtout : une jeune femme qui avait des accès de colère terribles, et qui s'en repentait sans pouvoir s'en guérir, vint consulter notre solitaire. « J'ai eu effet un moyen qui peut vous être utile, dit-il à la belle consultante ; c'est un talisman, un anneau d'or parsemé d'étoiles émaillées : le voici, et voilà la manière de vous en servir. Aussitôt que vous vous sentirez près de vous emporter, il faudra vous taire, ne pas prononcer une syllabe, et sur-le-champ passer dans votre cabinet. Là, seule et sans témoins, vous plongerez votre anneau dans un verre d'eau froide et vous répéterez neuf fois ce mot : *Peinthéphiladelmirezidarnézulmezidore.* » Comme on le pense, ce mot cabalistique impossible effraya la jeune dame, mais elle avait foi dans l'Esculape improvisé, apprit le mot, l'appliqua dès le soir même, dit la chronique, et le charme opéra. Bref, il paraît que la malade guérit radicalement. Une personne à qui je racontai cette anecdote me demandait si M. P***, dans la composition de sa nomenclature barbare à force d'être savante, n'en avait pas espéré quelque influence cabalistique. Nous avouons n'avoir pas osé résoudre cette question.

études philosophiques et médicales, aussi maître de sa pensée qu'habile à la traduire en ses plus délicates nuances, a tout naturellement et sans effort évité les périls contre lesquels, esprit moins bien discipliné, nous eussions dû lutter à chaque instant. Aussi son livre est-il marqué partout d'un cachet de sagesse et de mesure qui le recommande spécialement aux esprits attentifs : on le dirait écrit par un homme qui, depuis longtemps, a émigré de ce monde de passions et de boue : c'est la sérénité du ciel, c'est le *nunc dimittis* du médecin chrétien, c'est la parole calme de l'homme heureux, qui attend sans ennui, sans impatience même, la solution des questions que se pose toute intelligence qui voit quelque chose au delà du pot au feu ou qui, par un coup de désespoir de la raison, ne s'est pas interdit l'usage de la raison même, pour s'endormir dans le quiétisme d'une imbécile crédulité.

Ainsi qu'on le pense, sans que nous ayons besoin de le dire, l'hygiène proprement dite tient une large place dans la thérapeutique médicale des passions, et quand cette hygiène emprunte à la morale et au bon sens leurs conseils et leurs préceptes, elle ne peut accomplir son œuvre de réformation qu'à la condition de s'appuyer sur une science étendue et sur un esprit fécond en ressources improvisées. Il faut lire dans l'ouvrage même les nombreuses observations où l'auteur joint la pratique au précepte, et montre combien un médecin d'un esprit élevé et sagace peut être utile dans les nombreuses défaillances de l'âme. Pour être moins féconde en ses moyens, la thérapeutique proprement dite qui n'atteint que le corps dans ses désordres physiologiques est loin d'être dépourvue de ressources ; ici encore M. Descuret cite des faits nombreux où une médication opportune et accommodée à l'élément somatique de la passion conduit à des résultats importants. L'auteur résume quelque part en ces termes les moyens divers dont se compose cette médication : « Aux conseils, aux moyens hygiéniques précédents, dit-il, joignez les émissions sanguines, les évacuants, les exutoires, quelques antispasmodiques, les bains frais surtout et la natation, si favorables pour calmer mainte surexcitation survenue dans l'organisme, et vous aurez les principaux remèdes qu'emploie la médecine contre les passions, si nuisibles aux individus dont elles troublent l'intelligence et détruisent complétement la santé. » Est-ce, en effet, là toute la thérapeutique des passions ? Nous oserons dire qu'il y a ici une lacune dans le travail de notre savant et si sagace confrère. M. Descuret a été longtemps l'élève et, si nous ne nous trompons, l'ami de Broussais ; on le voit en plusieurs passages de

son livre, où il ne se montre, suivant nous, qu'à moitié affranchi du joug d'une doctrine aujourd'hui démontrée fausse et dangereuse dans ses principes fondamentaux. Ainsi, en nous montrant dans le résumé que je viens de rappeler les rapports incontestés de la surexcitation nerveuse avec les passions d'une part, et de l'autre avec la polyhémie, il laisse dans l'ombre tout un autre ordre de rapports de la même surexcitation avec un tout autre état de l'organisme, ou celui dans lequel l'élément globulaire du sang a subi une altération diamétralement opposée, l'état chloro-anémique, qui commande si souvent une véritable surexcitation nerveuse, et où la perturbation passionnelle peut également prendre sa source. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de rencontrer des petites femmes agacées, emportées, colères, et qu'on tempère admirablement en les soumettant à l'ensemble des moyens hygiéniques et thérapeutiques dont se compose le traitement de la chloro-anémie ; c'est ainsi encore qu'il n'est peut-être pas impossible de rendre un avare moins fou, en le nourrissant, s'il se peut, autrement qu'avec son brouet noir, dont il eût dégoûté les Spartiates mêmes. Nous ne pouvons indiquer qu'en courant cette vue, qui nous semble avoir complétement échappé au savant auteur de *la Médecine des passions :* qu'il y réfléchisse, qu'il essaye même, si l'occasion s'en présente quelque jour à lui, d'appliquer la pratique à laquelle elle conclut, et nous sommes persuadé qu'il s'empressera de remplir une lacune que nous avons été étonné de rencontrer dans un ouvrage d'ailleurs si complet.

Nous ne savons si c'est surtout parmi les médecins que se sont écoulées les deux éditions antérieures de ce livre ; nous voudrions qu'il en eût été ainsi, car il est plein de la meilleure doctrine, ouvre à l'esprit des voies où d'ordinaire les médecins ne cherchent pas, et il est en même temps un modèle de discussion sage, autant que d'analyse fine et profonde. Si nous exprimons le désir de voir un livre marqué d'un si noble caractère se répandre parmi les médecins, ce n'est pas pour chercher à assurer parmi nous la fortune de l'ouvrage d'un homme que nous n'avons qu'entrevu, et qui, nous en sommes sûr, n'a pas besoin de cette futilité qu'on appelle la gloire, c'est tout simplement que nous sommes convaincu qu'à le lire attentivement tout médecin sentira qu'il y a là des vérités qui doivent être un enseignement utile à la pratique elle-même.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Vaste tumeur érectile du crane et de la face chez un enfant de quatre mois et demi. — Ligatures successives de la carotide externe et de la carotide primitive pratiquées le même jour. — Guérison. — M. le professeur A. Bertherand a donné lecture, à la Société de chirurgie, d'une observation empruntée à son service de l'hôpital d'Alger et qui est très-intéressante au double point de vue de la thérapeutique chirurgicale et de la physiologie. Voici le fait :

Une petite fille de quatre mois et demi était affectée d'un *nævus maternus* de toute la fosse temporale gauche, s'étendant, en haut, jusqu'au sommet du crâne ; en arrière, jusqu'à la protubérance occipitale externe ; en bas, jusque dans l'épaisseur des paupières, qui ne pouvaient plus s'ouvrir pour dégager le globe oculaire. Résultat du développement très-rapide d'une petite tache congéniale, cette tumeur menaçait de compromettre la vie de la malade, et il n'y avait pas à reculer devant l'extrême ressource de la ligature.

M. Bertherand avait d'abord songé à lier d'emblée la carotide primitive lorsque, ébranlé par la considération de la gravité de cette opération sur un sujet aussi débile, il crut faire plus prudemment en portant un fil sur la carotide externe seulement, se conformant en cela au conseil donné en 1847 par M. Wutzer, et reproduit en 1855 par M. Maisonneuve, de s'attaquer à ce dernier vaisseau toutes les fois que l'affection occupe une des artères extérieures de la tête. La statistique établit en effet que, vingt-cinq fois sur cent, la ligature de la carotide primitive a donné lieu à des accidents terribles sinon mortels, proportion qu'on est loin de retrouver pour la ligature de la carotide externe.

Pratiquée sans encombre, sous l'influence du chloroforme, l'opération avait été heureusement achevée et suivie incontinent de l'affaissement complet de la tumeur. Tout semblait donc présager un succès et donner ainsi raison au choix du procédé opératoire lorsque, dans la même journée, la tumeur se remplit de nouveau. Ce qu'ayant vu le soir même, M. le professeur A. Bertherand se mit aussitôt en mesure d'étreindre la carotide primitive. Cette seconde ligature fut faite dans les conditions identiques à celles observées le matin ; mais on ne remarqua pas, cette fois, l'affaissement instantané du *nævus*. Il ne diminua sensiblement que le troisième jour, pour se flétrir graduellement, suppurer par places et finalement disparaître complétement.

L'auteur accompagne le récit détaillé des circonstances de sa double opération des réflexions suivantes, que nous croyons devoir reproduire textuellement :

« 1° Cette observation constate la première guérison de *nævus* obtenue, par la ligature, à une époque aussi rapprochée de la naissance (quatre mois et demi). En effet, l'enfant ligaturé à six semaines, par Wardrop, est mort. Un second, opéré à cinq mois par Mayo, eut une récidive. De quatre autres sujets, opérés à sept mois par Wardrop, à huit mois par Rogers, à neuf mois par Peyrogoff, à quinze mois par Zeis, les deux premiers seuls ont survécu, le troisième et le quatrième ont succombé.

« 2° La nécessité où nous nous sommes trouvé d'étreindre la carotide primitive, après l'insuffisance de la ligature de la carotide externe, ne sera pas perdue de vue par les chirurgiens toutes les fois que les *nævi materni*, bornés aux parties extérieures et supérieures de la tête, confineront à des régions cutanées alimentées par des artères dépendantes du tronc de la carotide interne. Dans tous les cas, si l'opérateur, dominé par la considération réelle de la gravité moindre de la ligature du tronc carotidien externe, adoptait le conseil de MM. Wutzer et Maisonneuve, il ferait bien de ne fonder sur cette première opération qu'une espérance relative, et de se ménager, par un pansement approprié, la facilité de découvrir l'artère primitive en cas d'insuccès.

« 3° La manière si différente dont la tumeur s'est comportée après les deux ligatures se justifie par son mode d'alimentation et son développement. L'affaissement remarquable, observé aussitôt après la première opération, indique que la plus grande partie du sang lui arrivait par les voies directes des branches temporales. Le point d'apparition du *nævus* corrobore d'ailleurs parfaitement cette interprétation. Que si, après la deuxième ligature, la tumeur, qui s'était lentement reproduite dans le cours de la journée, est restée immobile, c'est que sa circulation, devenue alors exclusivement capillaire et anastomotique, ne pouvait plus ressentir aussi rapidement les effets de la suspension du cours du sang dans les gros vaisseaux.

« 4° L'absence de tout symptôme nerveux inquiétant devra encourager les tentatives analogues à la nôtre, que justifient d'ailleurs des succès assez nombreux obtenus sur des sujets plus avancés en âge.

« 5° Je signalerai, en terminant, la facilité avec laquelle deux séances d'inhalation chloroformique, à dix heures d'intervalle, ont pu, grâce à quelques précautions, être supportées par un enfant aussi jeune. »

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Angine tonsillaire simple *suivie de paralysie du voile du palais.* Une jeune fille de vingt et un ans et demi, Mlle C***, souffrant depuis deux jours d'un mal de gorge, fit appeler, le 29 juin dernier, M. le docteur Alexandre Mayer, qui la trouva dans l'état suivant : face vultueuse, pouls à 98, peau brûlante et moite, déglutition excessivement douloureuse, langue saburrale, inappétence, même pour les boissons qui passent difficilement, constipation ; rougeur vive du pharynx et des amygdales, qui sont énormément tuméfiées, surtout celle de gauche. Surdité de ce côté. L'espace libre de l'isthme du gosier est si étroit que la malade ne peut avaler la salive sans éprouver des spasmes ; la respiration, se faisant exclusivement par le nez, est bruyante, la voix nasonnée et presque éteinte. Il n'y a point de traces de fausses membranes à la surface de la muqueuse, ni sur aucun point de l'arrière-gorge. Sécrétion abondante de mucosités qui remplissent la bouche. Anxiété profonde.

M. Mayer prescrit un vomitif et un gargarisme émollient. Le lendemain, 30 juin, l'état général s'est légèrement amendé, mais les symptômes locaux sont à peu près les mêmes. On perçoit de la fluctuation dans l'amygdale gauche. M. Mayer pratique une opération qui donne issue à une quantité notable de pus phlegmoneux de bonne nature. (Gargarisme avec décoction d'orge miellée, pédiluve sinapisé.) Dès ce moment, l'amélioration se prononce et la maladie suit une marche régulièrement décroissante jusqu'au 6 juillet.

Le 18 juillet, Mlle C*** alla trouver M. Mayer, se plaignant d'accidents qui lui paraissaient étranges et qui ne laissaient pas que de lui causer de vives inquiétudes. Elle raconte qu'elle ne peut manger qu'avec les plus grandes précautions, sous peine de voir revenir les aliments et surtout les boissons par le nez. A plusieurs reprises, elle a failli déjà suffoquer en avalant de travers. De plus, elle voit trouble et ses jambes vacillent sous elle. A ces symptômes se joint ce timbre de voix caractéristique qu'on ne peut méconnaître quand on l'a entendu une fois. A l'inspection de la gorge on reconnaît une procidence de la luette qui traîne sur la base de la langue, et une insensibilité complète du voile du palais, qui ne se contracte pas quand on cherche à l'exciter par l'attouchement. On constate enfin un défaut de symétrie entre les deux arcs de cercle formés par le voile du palais et séparés par la luette. (Vin de quinquina, bains sulfureux, régime tonique et corroborant.)

Le 29 juillet, point d'amélioration du côté de la gorge. La vue est meilleure et la faiblesse des membres est moindre. (*Ut suprà.*)

Le 5 août, l'état de la jeune malade n'étant pas amélioré, on eut recours à l'électricité, que l'on appliqua tous les deux jours jusqu'au 20 août. L'électricité n'ayant pas eu d'efficacité, M. Mayer prescrivit la strychnine de la manière suivante :

Pr. Strychnine.....	10 centigrammes.
Extrait de valériane........	2 grammes.

F. S. A. pilules n° 20. En prendre une matin et soir.

Dès le premier jour, la malade éprouva, à un faible degré, les phénomènes physiologiques qui suivent l'administration de la noix vomique. Le lendemain, ces sensations deviennent plus intenses, mais aussi l'effet thérapeutique se révèle par une phonation plus naturelle et par une plus grande facilité dans la déglutition. Le quatrième jour, la dose est élevée à 3 pilules, et cette dose est continuée pendant quatre jours consécutifs. Dans cet intervalle, la guérison fait des progrès rapides ; mais les secousses tétaniques acquièrent une telle violence, qu'on est obligé de revenir à la dose quotidienne de 2 pilules qu'on ne dépasse plus. Bref, le 5 septembre, Mlle C*** a recouvré complétement la voix et la contractilité normale du voile du palais, ce qui lui permet de boire et de manger comme avant sa maladie.

Cette observation porte avec elle un double enseignement : 1° elle prouve que la paralysie du voile du palais et d'autres organes peut être la conséquence d'une amygdalite simplement phlegmoneuse ; 2° elle confirme l'efficacité de la strychnine contre un accident grave, et qui a déjà entraîné la mort par le passage du bol alimentaire à travers l'épiglotte. (*Union médicale,* septembre 1860.)

Belladone et opium associés. *Leurs effets.* On connaît les récentes recherches expérimentales et les épreuves cliniques qui ont conduit à faire considérer ces deux agents comme antagonistes l'un de l'autre et neutralisant réciproquement leurs effets. Que deviendront dès lors les préparations dans lesquelles on fait entrer ces deux substances? S'ensuit-il nécessairement qu'elles doivent être considérées comme absolument antipathiques? Une discussion intéressante a eu lieu sur ce sujet à la Société de pharmacie, à l'occasion de la présentation, faite par l'un des membres, d'un sirop opio-belladoné destiné à combattre les spasmes nerveux de l'estomac. Suivant l'auteur de cette préparation, ces deux extraits, sous forme de pilules, s'altèrent et acquièrent une exaltation d'activité dangereuse. Avec le sirop ce danger n'existerait pas. M. Réveil a fait savoir, à ce sujet, que dans des expériences directes sur l'action d'un certain nombre de médicaments, il avait remarqué que les sphincters étaient contractés par l'opium, tandis qu'ils étaient dilatés par la belladone; d'où la réunion de ces deux agents semblerait devoir neutraliser leur action réciproque. On sait que cette dernière opinion est partagée par les praticiens anglais. Pour eux les propriétés de l'opium et de la belladone sont annulées lorsque ces deux substances sont mélangées.

M. Duroy a fait observer que les conclusions étaient défavorables au sirop en question, une altération plus ou moins lente pouvant faire varier ses propriétés et les rendre nulles, sinon dangereuses.

De nouvelles observations sont encore nécessaires pour qu'on soit définitivement fixé sur l'importante question des propriétés de la belladone et de l'opium associés. (*Rev. de thérapeut. médic.-chirurg.*, octobre 1860.)

Convulsions épileptiformes *et hémiplégie causés par la présence d'un insecte* (iulo millepattes) *dans le conduit auditif externe.* Les accidents causés par la présence d'insectes dans le conduit auditif, bien que mentionnés par la plupart des auteurs, n'en sont pas moins en réalité assez rares. Mais ce n'est pas à ce titre seul que le fait que nous allons rapporter offre de l'intérêt. C'est l'extrême gravité des symptômes produits par la présence du corps étranger dans l'oreille, ce sont les difficultés toutes particulières du diagnostic, les causes si nombreuses de méprises et enfin l'issue heureuse des accidents, qui le recommandent surtout à l'attention des lecteurs.

L'enfant Georges L***, de quatre mois, d'une bonne constitution, est amené à l'hôpital Cochin le 20 juin dernier. Sa mère raconte que, depuis un mois, il vomit continuellement; qu'il est en proie à des convulsions se répétant plusieurs fois par jour. Dès le lendemain matin, en effet, l'enfant a une attaque offrant tous les caractères d'un accès épileptiforme. Plusieurs attaques semblables se reproduisirent dans la journée. Dans les intervalles de calme, la sensibilité et la motilité paraissaient également bien conservées des deux côtés. Le pouls, accéléré pendant les attaques, retombait bientôt à son rhythme normal sans offrir aucun caractère particulier. L'auscultation ne révélait aucune lésion dans la poitrine. Tout paraissant indiquer une affection encéphalique, le début d'une méningite tuberculeuse par exemple, on dirigea le traitement en conséquence (oxyde de zinc et poudre de belladone). Ce traitement parut tout d'abord modifier l'état convulsif. Cependant, le 24 juin, on constata une dilatation considérable des pupilles, affaiblissement de la main droite, écoulement abondant de matières séro-purulentes, sanguinolentes, par l'oreille droite, écoulement qui durait depuis un mois environ et dont la mère n'avait rien dit les premiers jours. (Injections émollientes pratiquées plusieurs fois par jour dans l'oreille. Le reste *ut supra*.)

Le 26, deux attaques convulsives la veille. Le matin, tout le côté droit est paralysé; sensibilité et mouvement complétement abolis, aussi bien à la face qu'aux membres.

Le 29, il s'est passé vingt-quatre heures sans que l'enfant ait eu un seul accès de convulsions.

Le 30, les vomissements ayant reparu avec intensité, un vésicatoire volant fut appliqué au creux de l'estomac; puis, les convulsions ayant paru s'amender dans les premiers jours de juillet, on cessa la belladone et l'enfant prit tous les jours un bain de tilleul. En même temps, la diarrhée était combattue par des lavements d'amidon additionnés de 5 gouttes de laudanum de Sydenham.

Le 5 juillet, l'enfant, entre ses attaques, semblait moins éveillé, plus abattu que les jours précédents; les

vomissements, modérés un moment, avaient repris leur ancienne intensité. Cet état ne subit que peu de modifications jusqu'au 19 juillet. Ce jour même la mère après avoir fait une injection dans l'oreille, vit paraître un point noir qu'elle prit pour de la crasse accumulée. S'armant d'une épingle, elle chercha à l'enlever; mais à son grand étonnement, elle retira un insecte long de 2 à 5 centimètres. C'était un *iule* (mille-pattes) de la classe des myriapodes.

En présence de ce fait, le traitement interne fut interrompu, et, à partir de ce moment, il survint une amélioration notable : les vomissements cessèrent brusquement; chaque jour, les attaques convulsives devinrent moins fréquentes et moins longues; l'hémiplégie elle-même diminua graduellement.

Le 20, l'enfant exécutait tous les mouvements aussi bien d'un côté que de l'autre : la sensibilité était revenue, les traits de la face n'offraient plus aucune déviation. (*Gazette des hôpit.*, octobre 1860.)

Dyssenterie (*Bons effets de la créosote dans le traitement de la*). Il y a quelques années, un médecin anglais, M. Wilmot, a fait connaître les bons effets qu'il avait obtenus de la créosote, à la dose de 4 grammes, en lavement dans une décoction de gruau M. le professeur Gairdner, qui a repris les expériences de M. Wilmot, a pensé qu'il y aurait autant d'avantage, et certainement moins d'inconvénients, à l'employer à plus petite dose et dissoute, de manière à l'appliquer uniformément avec certitude sur la totalité de la membrane muqueuse malade. Il a employé la mixture de créosote de la pharmacopée d'Edimbuurg, à la dose de 50 à 180 grammes pour un grand lavement. (La mixture de créosote contient, pour 425 grammes d'eau, 30 grammes de sirop et autant d'esprit composé de genièvre, 16 gouttes de créosote et autant d'acide acétique) Dans plusieurs cas ce traitement a eu les meilleurs résultats, et M. Gairdner n'hésite pas à le recommander comme une précieuse ressource dans les cas de dyssenterie accompagnés d'une grande irritation et de fétidité des garde-robes. Dans un cas très-grave, chez un homme de cinquante-six ans, chez lequel la plupart des moyens avaient échoué, un grand soulagement fut obtenu de lavements répétés deux ou trois fois par jour, avec addition d'une solution de créosote dans la glycérine, de 5 à 10 gouttes dans 8 à 15 grammes de glycérine. (*Edinb. med. Journal*, mai.)

Empoisonnement *par le datura stramonium guéri au moyen de l'opium.* Le docteur Thomas Anderson fut, comme on sait, l'un des premiers en Angleterre à avancer cette théorie que l'opium d'une part, la belladone et ses congénères de l'autre, exercent sur l'organisme humain une action antagoniste, telle que ces substances peuvent se servir réciproquement d'antidote, lorsque l'une d'entre elles a été prise à dose toxique; on sait aussi que soumettant au contrôle de l'expérience pratique cette théorie qui n'était encore pour lui qu'une hypothèse, il traita au moyen de la belladone un cas d'empoisonnement par la morphine survenu chez un individu atteint de délirium tremens, et qu'il obtint, avec la guérison, la confirmation de sa théorie. On se souvient encore que M. B. Bell, en Angleterre, M. Cazin et M. Béhier, en France, ont publié des faits qui se montrent également confirmatifs, et que nous avons fait connaître. Voici un nouveau cas du même genre observé par M. Anderson lui-même pendant la dernière guerre de l'Inde, chez un soldat du régiment indigène auquel il était attaché comme chirurgien militaire.

Dans une halte de quelques jours que ce régiment fit à Futteyghur, en décembre 1855, beaucoup de cipayes visitèrent le grand bazar d'une ville voisine, celle de Furrackabad. Un d'entre eux fut trouvé un matin sur le bord de la route, dans un état de délire violent, et fut rapporté par ses camarades. On l'avait vu dans le bazar de Furrackabad mangeant en abondance des confitures. Or, il faut savoir que les Indiens, très-amateurs de cette sorte de mets, en mangent en quantité, des livres à la fois, dit M. Anderson, et que très-souvent, dans l'Inde, l'on se sert de confitures empoisonnées avec le datura ou avec le *bhang*, une des préparations du chanvre indien, pour donner la mort ou jeter dans un état de stupeur propre à favoriser la perpétration de quelque violence, telle qu'un vol par exemple. Tel pouvait avoir été dans ce cas le mobile du crime, car les cipayes, à ce qu'il paraît, se parent volontiers d'ornements précieux qui peuvent exciter la cupidité. Quoi qu'il

en soit, les camarades de ce soldat pensaient qu'il avait été empoisonné au moyen des confitures qu'on lui avait vu manger. D'ailleurs, les symptômes que présentait ce malheureux étaient en effet ceux d'un empoisonnement par une solanée vireuse : insomnie, délire, marmottement continuel, face vultueuse, yeux injectés et hagards, pupilles très-brillantes et largement dilatées, complétement insensibles à l'impression de la lumière, pouls très-fréquent et petit; agitation continuelle des membres, surtout des mains qui, à chaque instant, tiraient et arrachaient les couvertures du lit; inconscience des objets extérieurs réels, mais hallucination du sens de la vue, comme le témoignaient les paroles incohérentes et les gestes qui se rapportaient à des objets purement imaginaires; difficulté extrême de la déglutition; du reste, pas de violence : il n'était pas nécessaire de contenir le malade, mais seulement de le surveiller. M. Anderson prescrivit l'administration de 1 grain de chlorhydrate de morphine en solution toutes les heures. A la huitième dose seulement, on commença à observer quelques résultats : en parlant très-haut, en secouant le malade, on parvenait à fixer un moment son attention, à faire cesser son marmottement continuel; l'agitation tremblante des mains était aussi moins prononcée. Le médicament fut continué de la même manière : après la douzième dose, le délire avait entièrement disparu, le tremblement était moindre, les pupilles étaient revenues à leur état naturel. Mais l'insomnie persistant, M. Anderson prescrivit la continuation de la morphine, et il fallut encore trois doses égales aux précédentes pour la faire cesser. Après un sommeil de quelques heures, le malade était tout à fait bien, et, deux jours après, il pouvait rentrer dans les rangs. La dose énorme de 15 grains de chlorhydrate de morphine avait été administrée dans l'espace de dix-huit heures.

De ce fait et des autres semblables par lui précédemment observés, ainsi que des expériences qu'il a faites, M. Anderson se croit en droit de conclure que les poisons narcotiques doués de propriétés opposées et qui détruisent la vie par leur action sur les centres nerveux, s'ils sont présents en même temps dans l'organisme, se neutraliseront mutuellement, jusqu'à ce qu'ils aient été éliminés par les sécrétions. Ainsi les narcotiques qui déterminent le coma, comme l'opium, trouveront leur contre poison dans les solanées vireuses. Par induction, M. Anderson est porté à croire que les effets de la strychnine pourraient être combattus par la cunicine ou les préparations de ciguë. — En terminant, il cite un cas récent d'empoisonnement par l'opium guéri au moyen de la belladone par le docteur Carnegie, médecin de l'expédition de Chine. (*Edinburgh med. Journ.*, juin 1860.)

Infection purulente (*Bons effets de l'association de l'alcoolature d'aconit et du sulfate de quinine dans l'*). Bien que les deux faits rapportés par M. Turchetti ne soient pas aussi probants qu'il le pense, nous croyons devoir les consigner, ne fût-ce que pour rappeler à l'observation des praticiens une question qui mérite toute leur attention, celle du traitement de l'infection purulente.

Obs. I. Dans ce cas il s'agit d'un énorme anthrax de la région de la nuque, chez un homme de soixante ans. Tels avaient été les progrès de cette affection que, en quelques jours, il était survenu une gangrène de la masse musculaire de la nuque et du dos : de là une plaie extrêmement étendue, depuis le cou jusqu'à la douzième vertèbre dorsale, et une suppuration extrêmement abondante. Le malade avait d'abord lutté avec avantage contre ces accidents ; mais bientôt il survint des frissons, d'abord petits, puis de plus en plus intenses, des sueurs froides, des syncopes et un affaiblissement graduel, qui faisaient très-mal augurer des conséquences ultérieures. Sous l'influence de pansements et d'excitants convenables, de lavages et d'aspersions fréquentes avec une solution de quinine acidulée, de cautérisations légères avec une solution de nitrate d'argent, de l'administration à l'intérieur d'une décoction de quinquina et de valériane, d'un vin généreux et de café, enfin de l'emploi de 4 grammes d'alcoolature d'aconit dans une potion contenant 125 grammes d'eau et 2 grammes de sulfate de quinine, les accès fébriles disparurent, le travail gangréneux se limita et les parties gangrénées se détachèrent; enfin la guérison fut complète.

Obs. II Dans ce second cas, sur une femme récemment accouchée, les lochies fétides semblaient témoigner de la présence de quelques débris placen-

taires dans l'utérus; *phlegmatia alba dolens* des deux membres inférieurs, gonflement douloureux du bas-ventre, faiblesse des battements du cœur, abattement profond moral et physique : c'est au milieu de ces circonstances que la malade fut prise d'un frisson intense et prolongé, de sueurs froides, de gêne de la respiration, avec fréquence extrême du pouls. En sus des soins de propreté généraux et locaux, lavements et injections, d'une alimentation suffisamment nourrissante et tonique, la succion fut pratiquée sur les mamelles et la malade fut mise à l'usage de la potion d'alcoolature d'aconit et de sulfate de quinine. En quarante-huit heures, une amélioration inespérée s'était produite dans son état, la sécrétion lactée s'était rétablie, les lochies avaient diminué et avaient perdu leur fétidité, la douleur et le gonflement avaient disparu dans les membres inférieurs, les battements circulatoires avaient perdu leur fréquence, la malade commençait à reprendre ses forces et à revenir à la vie. (*Gazetta medica sarda.*)

Névralgies du nerf sous-orbitaire. *Opérations pratiquées pour y remédier*. Il est de règle, dans des sections ou résections nerveuses destinées à remédier à des névralgies, de se rapprocher, autant que possible, du bout central du nerf affecté. C'est dans ce but que M. Langenbeck va couper le nerf sous-orbitaire à son entrée dans le canal sous-orbitaire, et que M. Linhart a été diviser le nerf maxillaire inférieur même, à son émergence du trou grand rond. Cette dernière opération, déjà faite par M. le professeur Carnochan, consiste à trépaner la paroi antérieure du sinus maxillaire, immédiatement au-dessous du trou sous-orbitaire, et à suivre, le ciseau à la main, le nerf sous-orbitaire, en enlevant la paroi inférieure du plancher orbitaire et détachant le nerf au moyen de la pince. M. Carnochan a pu ainsi arriver jusqu'au trou grand rond; il a dû traverser à cet effet la paroi postérieure du sinus maxillaire. L'épaisseur des parties molles de la face étant de 1 centimètre au moins, et la distance du trou sous-orbitaire au trou grand rond de 4 à 5 centimètres, c'est encore à une profondeur de 5 ou 6 centimètres que se passent les derniers temps de l'opération. Il est à peine nécessaire de dire que cette opération, difficile et fatigante, ne peut être exécutée qu'à la condition que le malade soit chloroformisé. Dans trois cas où M. Carnochan a pratiqué cette opération, elle a fait prompte justice des douleurs les plus atroces, mais on ne peut rien en conclure quant à la guérison radicale.

Cette opération n'étant possible qu'à la condition d'une certaine mutilation, M. Linhart a voulu éviter cet inconvénient tout en cherchant à obtenir, à l'aide du cautère galvanique, le même résultat que le chirurgien américain.

M. Langenbeck a imaginé, depuis, un procédé beaucoup plus simple. Il consiste à reséquer le nerf sous-orbitaire par un procédé dont les premiers temps ressemblent beaucoup à ceux du procédé de M. Linhart : incision demi-lunaire de toutes les parties molles, le long du rebord inférieur de l'orbite; refoulement en haut du globe de l'œil entouré de sa gaîne. Immédiatement en avant du point où l'on voit le nerf sous-orbitaire pénétrer dans le canal du même nom, on coupe en travers, à l'aide d'un scalpel très-fort, la paroi inférieure de l'orbite. L'incision comprend le canal sous-orbitaire, et par conséquent le nerf qu'il renferme. Partant de l'incision inférieure, on va ensuite chercher et l'on dissèque le nerf à son point d'émergence; on l'attire au dehors, autant que son élasticité le permet, et on le coupe au ras de l'os. Le nerf excisé mesurait, dans les deux cas récemment publiés, trois quarts de pouce. Dans le premier de ces faits, la névralgie, d'abord complètement supprimée, reparut en moins d'un an, quoique très-notablement atténuée. L'incision cutanée se réunit par première intention. Dans le deuxième cas, l'opération supprima immédiatement la névralgie; on avait dans ce cas disséqué et relevé le périoste de l'orbite avec l'œil; après l'élimination d'un petit séquestre, la cicatrice se forma assez rapidement, mais elle fut difforme. La névralgie ne s'était pas reproduite au bout de trois mois. (*Deutsche Klinik* et *Gaz. hebdom.*, octobre 1860.)

Onyxis (*Traitement de l'*) *par le nitrate d'argent*. On sait qu'à une certaine époque de l'onyxis, il ne reste le plus souvent d'autre ressource que de pratiquer l'avulsion de l'ongle. C'est là une opération toujours assez désagréable, bien que l'emploi du chloroforme et surtout les mélanges réfrigérants en diminuent beaucoup le côté douloureux. Un chirurgien qui pra-

lique dans l'Inde, où les opérations les plus simples sont parfois suivies de tétanos, propose de remplacer l'avulsion par un procédé très-simple et qui appartient à M. Long (de Liverpool). Ce procédé consiste : 1° à racler et à amincir l'ongle autant que possible; 2° à détacher de l'ongle sur ses bords et à sa base l'épiderme, aussi loin qu'on peut le faire sans douleur, et à introduire entre l'épiderme et l'ongle un peu de coton qui peut servir à protéger la peau contre l'action du caustique; 3° à humecter légèrement l'ongle et à le frotter un certain temps avec le crayon de nitrate d'argent, ou mieux encore à le peindre à plusieurs reprises avec une solution saturée du même caustique; 4° à appliquer un cataplasme. En vingt-quatre ou quarante-huit heures, l'ongle, qui a pris une couleur noire, est détaché sans difficulté; quelquefois il reste un peu adhérent à la base; mais on prévient cet inconvénient, en ayant bien soin de décoller l'épiderme. L'auteur de cette communication, M. Sommerville, dit avoir parfaitement réussi par ce procédé dans nombre de cas. (*Edinb. med. Journal*, juin.)

Pression atmosphérique diminuée. *Son emploi thérapeutique.* M. Brehmer, directeur d'un établissement hydrothérapique en Silésie, situé à 533 mètres au-dessus du niveau de la mer, a profité de cette circonstance pour se livrer à des études sur l'influence physiologique et thérapeutique d'une pression atmosphérique peu considérable.

J'ai fait voir, dit-il, que toute diminution dans la pression atmosphérique augmente la fréquence du pouls, et qu'en m'élevant à environ 400 mètres plus haut, j'obtiens de 13 à 15 pulsations de plus par jour, ce qui active tellement l'hématose et le travail organique de décomposition et de recomposition, qu'à une hauteur de 530 mètres je consume le poids de mon corps en vingt et un jours, tandis qu'il faut pour obtenir ce résultat vingt-huit ou trente jours à 100 mètres au-dessus du niveau de la mer.

L'action physiologique de la pression atmosphérique considérablement diminuée peut donc se résumer ainsi : diminution du sang affluant dans les organes de la poitrine, augmentation du nombre des pulsations, stimulation de la métamorphose et amélioration de la nutrition. De là découlent les indications et les contre-indications pour la thérapeutique. Quant aux contre-indications, il n'en existe qu'une, c'est l'insuffisance des valvules accompagnée d'hypertrophie. La vie sous une pression atmosphérique diminuée serait donc indiquée pour presque tous ceux qui sont affectés de maladies chroniques, celles-ci pouvant être considérées en général comme des troubles de la nutrition qui disparaissent quand la métamorphose devient plus active, ce qui arrive sous une pression atmosphérique diminuée. La raréfaction de l'air doit exercer une influence très-salutaire sur les personnes dont la nutrition se fait mal sans qu'il y ait une cause matérielle, par exemple sur les convalescents et sur des individus épuisés par des travaux intellectuels ou affaiblis par l'âge. C'est en effet ce que M. Brehmer dit avoir pu constater un grand nombre de fois.

La pression atmosphérique diminuée paraît donc indiquée à M. Brehmer pour tous les dérangements des fonctions digestives, lesquelles deviennent bien plus actives sur les montagnes; l'estomac y digère une quantité d'aliments qui, dans la plaine, causerait une indigestion, et l'appétit y augmente considérablement. Les évacuations y deviennent également plus régulières. Une hématose plus complète étant la conséquence naturelle de l'énergie redoublée des fonctions digestives, le séjour dans les montagnes peut donc aussi être recommandé aux individus anémiques et chlorotiques. La bronchite et l'asthme humide, accompagnés d'hypersécrétion des bronches, sont également modifiés avantageusement par l'emploi du même modificateur hygiénique. La perspiration, qui est augmentée dans les montagnes, diminue la sécrétion des muqueuses, et par conséquent aussi celle de la muqueuse bronchique. Enfin, et ceci demande quelques réserves et ne saurait être admis qu'après sérieux examen, M. Brehmer pense que la pression atmosphérique diminuée est indiquée dans les tubercules pulmonaires et dans la phthisie déjà déclarée. Ici le problème est beaucoup trop compliqué et il est trop difficile de faire abstraction des conditions multiples qui peuvent concourir au résultat constaté, pour qu'il soit possible de faire la part d'influence de la pression diminuée. Aussi n'insistons-nous pas davantage en ce moment sur ce point. (*Revue d'hydrolog. méd.*, mai 1860.)

Suppositoires *médicamenteux. Leur emploi dans les affections des organes pelviens et autres.* Nous avons signalé plusieurs fois le parti utile que l'on peut tirer dans la pratique de l'emploi des suppositoires médicamenteux, et nous en avons fait quelquefois connaître d'heureuses applications. Il est bon néanmoins d'y revenir de temps en temps, car il ne nous paraît pas que ce moyen ait été suffisamment vulgarisé. Aussi empruntons-nous volontiers les indications suivantes sur l'usage des suppositoires à un bon article que vient de publier sur ce sujet M. le docteur Pfeiffer, de Paris, qui en a fait l'objet d'une étude spéciale. Voici en quels termes notre confrère résume son expérience à cet égard :

En général, les suppositoires ont été introduits dans le rectum le soir, au moment du coucher, moins souvent le matin et le soir, rarement le matin seulement. Ainsi les suppositoires belladonés ont été bien supportés introduits le soir, tandis que ceux du matin, en produisant des vertiges ou une sécheresse à la gorge, impressionnaient les malades d'une manière désagréable. Durant le traitement longtemps continué, il survenait parfois une excitabilité de la muqueuse rectale, due à l'action mécanique et irritante des suppositoires. Dans d'autres cas, les suppositoires belladonés donnaient lieu à la formation de tumeurs hémorroïdales, qui saignaient facilement; ils ont eu dans deux cas l'inconvénient de produire une exhalation sanguine tellement abondante, que cela a pris les proportions d'une hémorragie inquiétante. Cependant elle s'est arrêtée promptement par la cessation de l'emploi des suppositoires. Pour faire disparaître ces accidents, il suffisait toujours de suspendre pendant quelques jours l'usage des suppositoires, et de les remplacer par des petits lavements à l'eau froide. Dans la contracture spasmodique du col de la vessie, souvent accompagnée de celle du sphincter externe du rectum, dans les pertes séminales idiopathiques ou liées à une affection du col vésical, les suppositoires à base d'extrait de belladone, d'extrait d'opium, d'extrait de digitale, de bromure de potassium, ont été employés avec avantage. La dose des extraits variait de 0 01 à 0.05, celle du sel de bromure de 0,20 à 0,50.

Dans le traitement de la névralgie du col utérin, de la métrite chronique, ces mêmes suppositoires, ainsi que ceux additionnés soit de 1 à 2 de castoréum, soit de 0.10 à 0 20 de camphre, trouvaient leur emploi. La prostatite subaiguë et chronique fut combattue avec succès par des suppositoires contenant de 0 25 à 0.50 d'onguent napolitain, tantôt de 0,20 à 0 50 d'iodoforme, tantôt le bromure et l'iodure de potassium à la même dose.

Dans les affections hémorroïdales les suppositoires opiacés, belladonés, ainsi que ceux qui contiennent de 0,50 à 1 de tannin, d'extrait de cachou ou de ratanhia, rendaient des services incontestables. Ces derniers suppositoires trouvent un emploi utile dans la chute du rectum.

Pour faire disparaître les ascarides vermiculaires, il suffisait d'introduire, le soir, un suppositoire avec 0.05 de protoiodure de mercure ou avec 0,20 d'onguent gris.

C'est principalement dans le traitement de la gastralgie et du catarrhe gastrique que M. Pfeiffer a recours aux suppositoires médicamenteux. Une diarrhée ou une constipation opiniâtre accompagne ordinairement cette maladie et a souvent pour cause l'irrégularité des contractions du gros intestin. Les suppositoires à la belladone, à l'opium, et l'extrait de noix vomique modifient en peu de temps cet état anormal (*Journal des Conn. naiss. méd.*, août 1860.)

VARIÉTÉS.

Séance annuelle de l'Association générale des médecins de la France. — Discours de M. Rayer.

L'Association générale a tenu sa seconde séance annuelle le 28 octobre. Le nombre et la valeur des hommes qui assistaient à cette séance, et dont beaucoup étaient venus des points les plus éloignés de la France, témoignait de l'im-

mense développement pris par l'institution. Nous regrettons que l'espace nous fasse défaut et ne nous permette pas de reproduire le compte rendu de notre secrétaire général dont le zèle semble grandir à mesure que sa tâche s'étend. Nos lecteurs y pourraient suivre pas à pas les progrès et le développement de l'œuvre au succès de laquelle il a tant contribué. Forcé de nous borner, nous donnons la préférence au discours de l'honorable président qui, mieux que ce que nous pourrions dire, édifiera nos lecteurs sur la portée de l'institution à laquelle lui aussi s'est dévoué d'une manière si généreuse. Voici ce discours qui, à plusieurs reprises, a été interrompu par de chaleureux applaudissements :

« Messieurs et chers confrères,

« Une année nouvelle est, pour ce qui commence, une nouvelle épreuve, dont il est juste, quand elle est heureuse et bien soutenue, de se réjouir grandement. Nous, qui commençons, et qui avons besoin de cette consécration, nous l'avons pleinement reçue dans les douze mois qui viennent de s'écouler. Le Conseil général a poursuivi sa tâche ; ni le temps n'a été perdu, ni la bonne volonté qui a accueilli l'Association générale à son début ne s'est ralentie. De grandes et nombreuses adjonctions de Sociétés locales se sont opérées ; d'autres se préparent ; notre œuvre s'agrandit ; ce qui était isolé s'unit ; ce qui ne se préoccupait pas de s'unir y songe ; l'isolement cesse de tous côtés.

« Pourquoi faut-il que celui à qui est due une grande part de ces bons commencements de réussite ne soit pas là pour nous féliciter cordialement et en être cordialement félicité ! Il fallait, pour réaliser notre œuvre, un homme à vues élevées et de jugement sûr, qui, tenant à se faire nôtre, prît pour base, dans de longues et laborieuses discussions, notre propre connaissance de nos besoins et de notre profession, et en tirât le fécond règlement de notre Association : Bethmont fut cet homme. Au moment d'une mort si lamentable, des hommes éminents, ses confrères dans le barreau, ont payé un juste tribut à l'avocat, à l'orateur, au publiciste ; mais ils n'ont pas connu, en lui, l'*ami de notre Association*, notre habile et dévoué conseiller et notre *premier bienfaiteur*. Il a songé à nous au milieu des soucis et des angoisses de la mort ; et nous, au milieu de cette Assemblée, rappelant sa mémoire chère et vénérée, nous donnons aux morts ce qui est leur suprême récompense, le pieux souvenir et la gratitude profonde des vivants. (Applaudissements réitérés.)

« Remplacer tout ce que Bethmont fut pour nous était impossible ; pourtant, puisque telle est la condition des corps qui se perpétuent, que, même après les pertes les plus senties, il leur faut transmettre à d'autres les fonctions devenues vacantes, nous dûmes chercher des conseillers qui nous guidassent dans l'avenir. Nous les avons trouvés célèbres par le talent qui les a mis dans une position éminente et pleins du désir de nous servir. Nous les remercions tous de leurs bons offices, et ce remerciment suffirait à leur dévouement, si ce n'était pour moi un doux devoir de nommer M. Andral fils, qui, sans doute, se croit obligé, par la gloire médicale de son père, à un dévouement plus particulier envers l'Association générale des médecins de France. (Applaudissements.)

« Le secrétaire général, dont le zèle infatigable a encore grandi avec le développement de l'Association, va nous exposer ce que le Conseil général a fait pour hâter la fondation complète de l'œuvre. Vous verrez avec une grande satisfaction que, sur presque tous les points de la France, elle a été comprise et accueillie, et que bien des incertitudes et des préventions se sont dissipées. Et comment ne l'auraient-elles pas été devant les intentions si droites et si

désintéressées qui l'ont inspirée ; devant les moyens si judicieux et si efficaces qui lui ont donné l'organisation et la vie ! Aussi, c'est le témoignage qui nous est rendu dans le Rapport a l'Empereur sur les Sociétés de secours mutuels, témoignage trop honorable pour que je ne le répète pas ici : « L'Association « générale des médecins de France, y est-il dit, a été, cette année, un grand « exemple de l'introduction de la mutualité dans les classes supérieures et les « professions libérales .. Elle a voulu (l'administration) encourager l'application « de la mutualité à toutes les classes, à toutes les conditions, car toutes ont « dans l'isolement leur cause de décadence, leurs chances de ruine. L'Associa- « tion doit appeler, dans le domaine de l'intelligence et de la science, la for- « tune, le talent et la réputation des uns à protéger l'inexpérience, le malheur, « l'obscurité des autres, comme elle appelle, dans la région du travail, la force, « la santé, la jeunesse, au secours des malades, des infirmes et des vieillards. »

« C'est encore une consécration venue d'en haut dont je suis heureux de vous porter la première nouvelle : l'Empereur a bien voulu honorer d'un don l'Association générale des médecins de France, nous témoignant ainsi, comme bienfaiteur, l'intérêt et la bienveillance qu'il nous avait témoignés comme chef de l'Etat. Le chef de l'Etat nous a jugés utiles et nous a accordé sa sanction ; le bienfaiteur s'approche davantage de nous et se complaît à notre reconnaissance. (Applaudissements.)

« Le corps médical devait être le premier à donner le bon exemple de l'introduction de la mutualité dans les classes supérieures et les professions libérales. Ce corps touche en effet, d'un côté, aux choses les plus élevées de l'intelligence, et, d'un autre côté, aux besoins les plus pressants de la société ; il sert la science et il sert le public ; il éclaire l'esprit général par d'heureuses découvertes et de féconds enseignements, et il porte une main secourable ou consolatrice dans toutes les douleurs.

« L'Association générale, par une influence indirecte, soutiendra l'instruction médicale. C'est cette haute et sûre position intellectuelle qui nous permet de combattre le charlatanisme, ce triste et honteux parasite de la médecine, sans crainte qu'on attribue cette conduite aux seuls intérêts professionnels. Sans doute, ces intérêts sont dignes de toute sollicitude, et notre Association a pour cause et pour but le légitime souci qu'ils inspirent. Mais telle est la liaison avec l'intérêt public, que des deux parties, la société et le corps médical, c'est en définitive à la société qu'il importe le plus que nous soyons vigilants. Que sont, d'un côté, les pertes pécuniaires, quand, de l'autre, sont les pertes irréparables de la santé et de la vie ? Et, au point de vue général, qu'est notre chagrin de nous voir méconnus par ceux-ci ou par ceux-là, en comparaison du chagrin social de voir tant de gens des hautes classes, de celles qui devraient avoir plus de raison et de lumières, saisir les plus grossières amorces présentées par la cupidité, par l'ignorance, par la fausse science ? Oui ! quand le corps médical intervient entre la société et le charlatanisme, il accomplit un devoir envers elle, beaucoup plus qu'il n'exerce un droit à lui profitable. S'il arrive jamais que l'éducation générale rende familières assez de notions positives pour écarter de l'esprit des hommes les chimères d'une médecine qui agit par de merveilleux secrets, alors le charlatanisme sera réduit à un minimum de malfaisance où il ne sera plus notre justiciable. Jusque-là, c'est par un honnête et sincère désir de prévenir de douloureux mécomptes, c'est par un juste orgueil de savoir et de civilisation, que le corps médical démasque et poursuit les faux médecins ; il sera, aussi bien en face de lui-même qu'en face du public, d'au-

tant plus fort, contre la fausse science, qu'il grandira davantage dans la vraie. (Applaudissements.)

« Une des utilités les plus réelles qu'aura l'Association générale sera de porter à la connaissance des médecins de la France entière les services rendus par les Sociétés locales. Un jour prochain viendra où l'on pourra vous présenter le tableau de ces services, secours, conseils, appuis donnés, luttes contre le charlatanisme, défense des intérêts médicaux et de l'honneur médical. Beaucoup a été fait par les associations locales existantes; nous le voyons par leur histoire et surtout par celle des puissantes associations du Bas-Rhin, du Rhône, de l'Ille-et-Vilaine, de l'Isère et de tant d'autres que je pourrais nommer. Et si partout l'efficacité se mesure à la puissance, le jour où toutes les Sociétés locales seront constituées, le jour où l'Association des médecins de la Seine s'agrégera à l'Association générale, une grande force pour le bien sera remise dans les mains du corps médical.

« Le besoin qui, dans l'ordre intellectuel, suscita les *Académies*, il y a deux siècles, suscite, dans l'ordre moral, et dans notre siècle, où toutes les anciennes institutions se sont désorganisées, l'Association.

« C'est pour mettre en commun le travail de l'intelligence et pour diriger les efforts épars que les Académies ont été instituées et qu'elles subsistent. Mais est-ce là tout pour l'homme, et surtout pour l'homme mûri par l'âge et les épreuves de la vie? En dehors de ce noble et précieux exercice de la pensée, n'est-il pas un domaine où les sentiments ont seuls droit de faire entendre la voix? L'Association n'offre-t-elle pas au cœur un emploi de facultés qui, autrement, dormiraient? Et ne doit-on pas la considérer comme une heureuse extension de ces affections de famille qui font notre bonheur en nous consacrant au bonheur des nôtres? Là, dans l'Association, nous ressentons quelque chose de cette salutaire disposition de l'âme; et le plus précieux des résultats est obtenu quand il arrive que vouloir faire du bien à autrui nous fasse tant de bien à nous-mêmes. »

— L'Association générale se compose aujourd'hui de 53 Sociétés locales, comprenant 46 départements. Le chiffre du personnel manque pour 6 de ces Sociétés; il s'élève pour les 47 autres à celui de 3,108 sociétaires. L'Association dans son ensemble possède aujourd'hui 97,000 francs. « Mais il y a quelque chose de plus grand que le nombre, de plus puissant que l'argent, a dit M. Am. Latour, c'est l'autorité morale. L'Association générale l'a conquise, elle la conservera. »

Par un décret de l'Empereur, rendu sur le rapport de l'amiral ministre de la marine, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur, en récompense de leurs services dans les mers de la Chine, savoir : au grade d'officier, MM. Laure, chirurgien principal, chargé en chef du service médical de l'escadre; Monlgrand, chirurgien-major du 5e régiment d'infanterie de marine; au grade de chevalier, M. Sabatier, chirurgien de la marine de première classe.

— Sur le rapport du maréchal ministre de la guerre ont été nommés dans les régiments de l'armée qui font partie de la même expédition : au grade d'officier, M. France, médecin-major; au grade de chevalier, MM. Fuzier, médecin-major, Weber, Guérin, Viscaro, Alezais, médecins aides-majors, M. Debeaux, pharmacien aide-major.

— Ont été mis à l'ordre du jour de l'armée, après la prise des forts du Peï-Ho : MM. les docteurs Guérin, attaché au génie, Guerrier, médecin en chef de l'ambulance, et Lasnier, médecin aide-major de première classe.

— M. Guilliano, dit Castano, médecin principal de deuxième classe, chef du service médical du corps expéditionnaire de Chine, est nommé médecin principal de première classe; MM. Guerrier et Didiot, médecins aides-majors de première classe, sont nommés médecins principaux de deuxième classe.

M. le docteur Gendrin, médecin de l'hôpital de la Pitié; M. le docteur Bisson, médecin du ministère des finances; M. le docteur Leguillon, chirurgien de première classe de la marine; M. Gaudin, chirurgien de deuxième classe de la marine; M. Huard, chirurgien de la marine, employé à Gorée; M. Gusquet, ancien officier de la marine, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

La Faculté de médecine fera sa rentrée solennelle le jeudi 15 courant. M. le professeur Gosselin prononcera l'éloge de P. Bérard.

Les Facultés de Montpellier feront leur rentrée le même jour; le discours sera prononcé par M. Jeannel, professeur de philosophie à la Faculté des lettres.

Un concours pour la place de chef de clinique s'ouvrira à la Faculté de Strasbourg, le 26 novembre. La durée des fonctions est de six années. Les honoraires sont de 1,000 francs, avec un logement dans l'hôpital.

Le prix Esquirol vient d'être décerné à M. Kuhn, interne à l'Asile des aliénés de Maréville.

M. Poëlman, professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l'nniversité de Gand; M. Thiry, professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l'université de Bruxelles, chirurgien de l'hôpital de Saint-Pierre, et M. Hubert, professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l'université de Louvain, viennent d'être nommés chevaliers de l'ordre de Léopold.

Le ministre do l'instruction publique vient de déclarer la vacance de la chaire de pathologie médicale près la Faculté de Paris.

On parle de nouveau d'une circulaire du ministre de l'instruction publique, qui prescrit de prendre des mesures très-sévères contre l'usage du tabac, dans tous les colléges et institutions publiques. Des rapports seraient parvenus à Son Excellence constatant, assure-t-on, que des élèves consommeraient jusqu'à 8 ou 10 cigares par jour, et que la croissance physique et le développement intellectuel de plusieurs de ces élèves s'en seraient trouvés fortement atteints.

M. le docteur Richard de La Prade, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur à l'Ecolo de médecine, membre et président de l'Académie et de la Société de médecine de Lyon, vient de mourir à l'âge de quatre-vingts ans.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi de l'arséniate de soude contre la scrofule.

Par M. Bouchut, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

J'ai employé tour à tour, contre les différentes formes de la scrofule, les préparations ordinairement conseillées contre cette diathèse. Des résultats avantageux et d'autres trop souvent négatifs m'ont permis d'apprécier d'une manière générale combien il est difficile d'agir rapidement et sûrement contre ce vice des humeurs qui attaque tous les tissus, et qui, dans sa forme primitive, secondaire ou tertiaire (la tuberculose), donne lieu à de si graves désordres. Que la scrofule soit superficiellement établie dans la peau, dans les glandes ou sur les muqueuses ; qu'elle occupe les os, ou qu'à l'état de granulations fibro-plastiques et de tubercules ses manifestations soient profondes, les difficultés sont différentes, mais il est évident qu'elles sont à peu de chose près les mêmes.

De cette étude il ressort cependant un fait capital, c'est que, de toutes les manifestations du scrofulisme, celles qui se traduisent par la tuberculose sont généralement incurables ; quant aux autres, qu'elles soient primitives ou secondaires, celles qui portent sur les os sont les plus longues et les plus tenaces, et il n'y a vraiment que les scrofulides muqueuses, glandulaires et cutanées, sur lesquelles la thérapeutique ait une puissance assurée.

J'ai employé tour à tour tous les médicaments réputés antiscrofuleux : l'iode, le mercure, le fer, la baryte, le brome, l'extrait de feuilles de noyer, l'huile de morue, l'arsenic, etc.; mais de tous ces agents, le plus actif, et celui qui, dans les circonstances que je vais indiquer, m'a paru avoir l'action la plus énergique et la plus efficace, c'est sans contredit l'arséniate de soude.

Les préparations arsenicales sont surtout employées dans ce qu'on appelle les maladies de la peau, et il en est une parmi elles, le *psoriasis*, que l'on guérit très-rapidement par ce moyen. Elles ont été rarement employées contre la scrofule. Il en est question dans le *Dictionnaire de matière médicale* de Mérat et de Lens, mais elles ne sont pas entrées dans la pratique usuelle, et les livres récemment publiés sur la scrofule n'en font pas mention. C'est peut-être un tort ; il y a dans cette vieillerie thérapeutique quelque chose de bon à prendre.

Qu'on n'aille pas croire que les préparations arsenicales convien-

nent dans toutes les formes de la scrofule. Non : il n'en est pas ainsi. Elles conviennent seulement dans certains cas déterminés, et c'est précisément ces cas que je désire faire connaître.

L'arsenic à dose convenable est un des meilleurs *toniques* et un des plus forts *corroborants* que l'on puisse trouver. Ce n'est qu'à trop haute dose, ou par un emploi trop prolongé, qu'il mérite de figurer au nombre des *altérants*.

Comme tonique, c'est un merveilleux succédané du fer, du quinquina et de l'huile de foie de morue. A cet égard, il soulage dans la plupart des cachexies organiques et nerveuses, dans l'état nerveux chronique, et il fait guérir lorsque les désordres ne sont ni trop considérables ni trop invétérés (1).

Dans la cachexie scrofuleuse c'est un excellent remède, et sous son influence les enfants reprennent ordinairement de l'appétit, des forces et de la couleur. Dans ces cas, ce n'est qu'une amélioration. Là où il guérit, c'est lorsque la diathèse n'a pas encore entraîné d'état cachectique, lorsque la manifestation locale est superficielle et bornée à la peau, aux muqueuses et aux glandes lymphatiques suppurées. Hors de là, dans la tuberculose et dans les maladies des os, ce n'est qu'un bon palliatif.

Ainsi réduite, la question thérapeutique que j'aborde en ce moment a encore une certaine importance. Ce n'est pas peu de chose que de pouvoir abréger la durée du coryza, de la blépharite, des adénites suppurées, des ulcères de la peau, des otorrhées, des leucorrhées, etc., qui tiennent à la scrofule. J'ai à cet égard un grand nombre de faits relatifs à une perforation scrofuleuse du voile du palais, réputée syphilitique, à des glandes cervicales suppurées, ce que l'on appelait autrefois des *écrouelles*. J'en ai d'autres plus anciens qui ont été recueillis les années précédentes, et dont je vais donner le résumé. Partout le résultat a été le même, et une cicatrisation très-rapide des plaies a pu être constatée.

Obs. I. Sur l'enfant Marie Boudret, âgée de dix ans, entrée le 3 juin 1858 au numéro 26 de la salle Sainte-Geneviève, à l'hôpital Sainte-Eugénie, il a été remarqué ce qui suit : Enfant née de parents scrofuleux, faible et délicate, souvent malade, affectée depuis plusieurs mois d'une fistule ganglionnaire, suite d'un abcès sous-mentonnier. Elle est pâle et maigre ; sous le menton existe une plaie blafarde, grisâtre, donnant lieu à une suppuration liquide assez abondante. Cette plaie repose sur un ganglion engorgé où elle

---

(1) Voir *De l'état nerveux ou nervosisme*, par M. Bouchut, 1 volume in-8.

pénètre, et elle se recouvre de croûtes peu adhérentes. Sous l'angle de la mâchoire existent d'autres engorgements glandulaires non suppurés. L'appétit est bon et les digestions naturelles.

Arséniate de soude à dose croissante, de 5, 10, 15 et 20 milligrammes, dans un julep.

Depuis le mois de juillet jusqu'au mois de décembre exclusivement, le médicament n'a produit aucun trouble dans les voies digestives.

Le 15 octobre, l'enfant est complétement guérie.

Elle sort de l'hôpital le 27 décembre 1858 : les tumeurs du cou ont disparu et il reste une cicatrice solide et de bonne apparence sous le menton.

Obs. II. Une autre fille, Philomène Tellier, âgée de treize ans, entre le 30 juin 1858 au numéro 6 de la même salle.

Cette enfant, qui a déjà eu mal aux yeux, a eu un abcès suivi d'ulcération permanente au cou, et depuis deux mois il s'est fait à la suite d'un autre abcès une seconde ulcération voisine. Les plaies sont larges, profondes, livides et blafardes ; la suppuration est très-abondante, la peau est décollée en plusieurs endroits, et plusieurs excisions ont dû être pratiquées.

Arséniate de soude à dose croissante de 5 à 15 milligrammes, sans trouble des voies digestives.

Le 22 novembre, les plaies sont complétement cicatrisées, et il ne reste à leur surface que des écailles épidermiques peu épaisses.

La guérison s'est effectuée en trois mois.

L'enfant sortit de l'hôpital le 27 décembre 1858.

Obs. III. Une troisième malade, Victorine Vignet, entra le 8 juillet 1858 au numéro 19 de la salle Sainte-Geneviève. Agée de dix ans, elle portait une ostéite des phalanges du gros orteil, avec onyxis et suppuration de la matrice de l'ongle.

Arséniate de soude, de 5 à 15 milligrammes.

Bains de pieds au chlorate de potasse.

Au 15 octobre, la suppuration de la matrice de l'ongle avait beaucoup diminué et l'ongle était tombé. La cicatrisation était fort avancée. L'enfant pâle avait pris de la couleur, la peau et les gencives étaient roses, l'appétit très-vif et un notable embonpoint s'était produit.

Au 27 novembre, c'est-à-dire trois mois après le début du traitement, la plaie du gros orteil était complétement fermée. Le doigt offrait un peu plus de volume que l'autre, et la peau restait un peu rouge et douloureuse.

Dans un quatrième cas, il s'agit d'une enfant entrée le 16 fé-

vrier 1858, aux dartreuses, la salle Sainte-Rosalie, pour un lichen, et qui fut transférée au numéro 23 de la salle Sainte-Geneviève, à cause d'un abcès froid du thorax.

Cette enfant, Blanche Maurice, âgée de onze ans, peu développée pour son âge, très-souvent malade, avait des engorgements ganglionnaires multiples de la région sous-maxillaire. Plusieurs avaient donné lieu à des abcès suivis d'ulcérations fistuleuses. Elle portait en outre un abcès froid idiopathique du pectoral ponctionné et rempli de teinture d'iode.

Pendant trois mois, l'enfant fut mise à l'huile de foie de morue, mais elle maigrissait notablement et les abcès donnaient lieu à une suppuration abondante de mauvaise nature.

Voyant que l'état ne changeait pas et empirait, je commençai l'arséniate de soude, à 5 milligrammes par jour.

C'était le 15 mai.

Au 15 juillet les abcès étaient presque guéris, et il n'en sortait plus qu'une très-petite quantité de pus. L'enfant était fraîche, rose et avait beaucoup engraissé.

Arséniate de soude, 10 milligrammes.

Au 1er septembre, les parois des abcès sont entièrement recollées au cou et à la poitrine. Les fistules sont recouvertes de croûtes épidermiques peu épaisses, au-dessous desquelles on voit une cicatrice de bonne nature.

Arséniate de soude, 20 milligrammes.

Le 6 octobre, la guérison se maintenait, et la sortie de l'hôpital eut lieu le 8 novembre.

Depuis ce moment, toutes les scrofuleuses atteintes de manifestations superficielles cutanées ont été traitées de la même manière dans mon service. Le résultat a toujours été avantageux, et les deux faits que vous avez sous les yeux en ce moment vous permettent de bien juger cette méthode thérapeutique.

Dans le cas observé au numéro 12 de la salle Sainte-Geneviève, et relatif à l'enfant Delbosse, le changement d'état a été des plus manifestes, et aucun autre agent que l'arséniate de soude n'aurait aussi promptement modifié la couleur et la suppuration des plaies.

Voici le résumé de l'observation.

Adénites suppurées du cou. — Fistules ganglionnaires. — Décollements de la peau.— Arséniate de soude.— Guérison. — Adèle Delbosse, âgée de onze ans, entrée le 29 mai 1860, sortie le 28 septembre 1860. Cette enfant, assez grande et bien développée, dont le père et la mère sont en bonne santé, est malade depuis l'âge de six

ans. Elle n'a jamais eu de maladies graves; mais à six ans il lui est survenu sur le dos de la main gauche, au niveau du deuxième métacarpien, une tumeur qui, en grossissant, a fini par rougir et par s'ulcérer. Elle est alors entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Legendre, où elle est restée quatorze mois. Elle en est sortie guérie, et aujourd'hui on voit encore la cicatrice de cette plaie correspondant à un raccourcissement considérable du métacarpien donnant lieu à un raccourcissement de l'index.

Cette enfant a le teint rose, les cheveux blonds et les yeux bleus. Le nez est un peu gros, les lèvres sont volumineuses et les régions sous-maxillaires tuméfiées sont remplies de ganglions volumineux ulcérés et formant des plaies d'une grande étendue.

Sous l'angle de la mâchoire à gauche, il y a une plaie qui s'étend du lobule de l'oreille au-dessous du menton; elle a 3 ou 4 centimètres de large sur certains points, le fond en est irrégulier et offre çà et là d'énormes anfractuosités, donnant lieu à une suppuration abondante.

Du côté droit existe une ulcération, moins étendue et moins profonde. Elle commence aussi à l'angle de la mâchoire et s'étend jusque sur la région mastoïdienne. Un grand nombre de ganglions tuméfiés existent au-dessous de ces ulcérations.

L'appétit est assez bon et toutes les fonctions se font bien.

Arséniate de soude..............	5 centigrammes.
Sirop de sucre..................	30 grammes.

Une cuillerée à bouche tous les jours.

Au bout de quinze jours, la tuméfaction du cou avait beaucoup diminué, ainsi que la suppuration. La coloration des téguments était plus satisfaisante et l'ulcération commençait à se cicatriser sur les bords.

L'appétit avait beaucoup augmenté, et on pouvait déjà remarquer une augmentation d'embonpoint.

L'amélioration s'est maintenue tout le temps du traitement. Au bout d'un mois on ajouta à l'usage intérieur de l'arséniate de soude la pommade à l'arséniate de soude sur la plaie. Il fallut cesser, car la pommade causait une vive inflammation avec d'assez grandes douleurs.

On s'en tint uniquement à l'arséniate de soude. Peu à peu le gonflement des ganglions disparut, l'ulcération diminua de profondeur et d'étendue, et la cicatrisation s'effectua des deux côtés, en laissant une cicatrice rose, mince, très-superficielle.

C'est à ce moment que l'enfant sort de l'hôpital, continuant encore l'usage de l'arséniate de soude.

Un autre enfant, dont je veux encore rapporter l'observation, est couchée au numéro 20 de la même salle.

Elle se nomme Victorine Vignet, et elle est entrée le 8 juillet 1858 pour une teigne tondante et une ostéite du gros orteil.

Cette enfant, sur la famille de laquelle on n'a aucune espèce de renseignements, est malade depuis un an. Il lui est survenu au gros orteil gauche un gonflement douloureux situé à l'extrémité de la phalange du côté interne du pied et à la base de l'ongle.

Toute cette partie est rouge violacée, et sur le sillon de l'ongle avec la peau il y a une plaie grisâtre assez étendue, donnant lieu à une suppuration séreuse de mauvaise nature. La marche est douloureuse et difficile, il n'y a rien dans l'aine, ni sur aucune autre partie du corps.

Dans le cuir chevelu existent plusieurs plaques de teigne tondante.

L'état général est assez bon ; sauf un peu de pâleur, il n'y a pas de trouble fonctionnel.

Epilation et lotions de sublimé.

Arséniate de soude, de 5 à 20 milligrammes par jour.

Bains sulfureux.

Au mois de novembre 1859, la plaie du pied est complétement cicatrisée, et il en résulte la destruction de la matrice de l'ongle d'un côté, la diminution de largeur de l'ongle, dont la forme est irrégulière, et la déformation de l'orteil.

La teigne tondante persiste et s'est étendue au lieu de disparaître.

Continuation de l'épilation.

Sortie guérie le 15 octobre 1860.

Dans tous ces cas, l'arséniate de soude a été employé d'abord à 5 milligrammes, puis au bout de quelques jours à 10 milligrammes, à 15 et enfin à 20 milligrammes. Au delà de cette dose, on peut déterminer des accidents de gastralgie, de vomissements et de diarrhée, ce qu'il faut éviter.

Je l'administre dans un julep gommeux, dans du vin de Bordeaux, dans le sirop de quinquina ou du sirop de gomme.

Voici une formule facile à retenir et dans laquelle le médicament tout préparé peut être laissé à la disposition des familles pour faire usage pendant plusieurs semaines :

Sirop de quinquina.......	500 grammes.
Arséniate de soude.....................	5 centigrammes.

D'une à cinq cuillerées à café par jour. Chaque cuillerée renferme à peu près 1 milligramme d'arséniate de soude.

A cette dose et avec la précaution de l'augmenter progressivement, l'arséniate de soude n'a aucune espèce de danger. Il a pour effet d'exciter l'appétit, et, avec l'appétit, comme conséquence, une sanguification plus riche, caractérisée par la coloration de la peau, l'énergie musculaire et une apparence incontestable de santé.

De pareils résultats chez des scrofuleux pâles, amaigris, fatigués par de longues suppurations, par des écoulements muqueux, ne sont pas à dédaigner, et c'est à ce titre que je recommande l'arséniate de soude dans la scrofule.

Qu'on ne croie pas que ce soit à titre de spécifique que je propose son emploi. Assurément non. L'arséniate de soude convenablement donné est un corroborant, c'est le meilleur des toniques, parce qu'il stimule l'appétit et active la nutrition moléculaire des tissus. Or, chez les scrofuleux, c'est la longueur du mouvement nutritif et de l'échange des parties en circulation qui donne à leurs maladies ce caractère de chronicité qui les distingue entre toutes les autres. Sous ce rapport, la médication arsenicale est utile comme peut-être l'huile de foie de morue, à titre de corps gras nutritif, et les résultats que je viens de signaler doivent engager les praticiens à y recourir.

Seulement, d'après ce que j'ai vu, l'arséniate de soude ne convient que dans les scrofulides cutanées, muqueuses et glandulaires. Son efficacité est douteuse dans les maladies des os. Ce n'est qu'un palliatif dans le cas de scrofule tertiaire, c'est-à-dire dans la tuberculisation.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Remarques sur un nouveau cas de spina-bifida traité avec succès par l'injection iodée.

Rapport lu à la Société de chirurgie par M. Debout.

Parmi les sujets d'étude qu'offrent aux chirurgiens les vices de conformation si divers que l'enfant peut présenter à sa naissance, le spina-bifida est sans contredit un de ceux qui méritent le plus d'éveiller notre sollicitude. La gravité de la lésion, la diversité des altérations pathologiques, l'âge des sujets sur lesquels l'art doit intervenir, font du traitement de ce vice de conformation un des problèmes de thérapeutique appliquée les plus difficiles à résoudre.

Un moyen non douteux de contribuer à l'avancement de la science, surtout en ce qui concerne les points encore obscurs, est de rassembler, de temps en temps, tous les documents qui existent sur ces points, de les soumettre à une analyse sévère et d'en faire sortir les enseignements qui peuvent utilement guider la pratique.

Si quelque lacune existe encore et appelle un nouveau progrès, on sait au moins d'où l'on doit partir pour réaliser le *desideratum*. C'est ce que nous avons tenté, il y a quelques années déjà, à l'égard des nombreux essais de traitement du spina.

L'étude des faits cliniques publiés nous avait conduit à mettre en relief d'une manière spéciale deux méthodes opératoires : les ponctions de la tumeur à l'aide d'aiguilles à acupuncture formulées par Astley Cooper, puis les injections iodées conseillées par notre illustre collègue M. le professeur Velpeau. Nous avions omis, à dessein, de mentionner les cas de succès fournis par l'excision des parois de la tumeur, ces faits prouvant seulement que les procédés opératoires les plus dangereux peuvent quelquefois réussir.

La méthode des ponctions laisse malheureusement trop à l'imprévu ; aussi, malgré les observations assez nombreuses de succès fournies surtout par les chirurgiens anglais, cette méthode n'est-elle pas entrée dans la pratique courante, même dans celle de nos confrères d'outre-Manche. Il n'en est pas de même de la méthode des injections iodées, car elle peut être formulée d'une manière plus précise. Ses nombreuses applications à la plupart des autres hydropisies des cavités closes a démontré que la somme de traumatisme local était proportionnelle surtout au degré de concentration de la solution iodée. Il ne restait donc plus qu'à tracer les précautions particulières nécessitées par les conditions anatomo-pathologiques du spina-bifida.

La tumeur est constituée toujours par une sorte de *diverticulum* des membranes rachidiennes, quand il ne vient pas s'y joindre quelques-uns des éléments de la moelle ou des cordons nerveux qui en émergent. On comprend dès lors la précision réclamée par de semblables conditions. Pour peu que l'action traumatique provoquée par l'injection du liquide iodé soit considérable, l'inflammation ne reste plus localisée aux parois de la tumeur, elle gagne les membranes rachidiennes, et les enfants ne tardent pas à succomber.

Malgré ces dangers, nulle méthode n'a reçu de meilleur accueil. Depuis que les faits de succès de MM. Chassaignac, Velpeau et Brainard se sont produits au sein de la Société, de nouvelles tentatives ont eu lieu, et en assez grand nombre pour m'engager à les

réunir, afin de juger la valeur de cette nouvelle application de la médication iodée [1].

Dans le traitement des vices de conformation qui ne posent aucune limite à l'exercice des fonctions du nouveau-né, une des conditions les plus essentielles réclamées de la thérapeutique est l'innocuité des moyens qu'elle met en œuvre. Le spina-bifida appartient à cet ordre de lésions; aussi, est-ce la gravité des manœuvres opératoires employées jusqu'ici qui fait repousser le plus souvent toute tentative de traitement. Il ne suffit pas que les méthodes curatives soient les plus efficaces, il faut encore qu'elles soient des plus inoffensives.

Dans le traitement du spina-bifida par les injections iodées, deux méthodes opératoires ont été expérimentées.

L'une, celle adoptée par M. Brainard, n'est autre que le procédé préconisé par M. le professeur Teissier (de Lyon) dans les cas réfractaires d'hydropisie péritonéale. Au lieu de vider complétement la cavité abdominale du liquide qu'elle contient, notre distingué confrère conseille de se borner à évacuer une certaine partie de la sérosité et de la remplacer par une solution iodée.

L'autre méthode, formulée par M. le professeur Velpeau, consiste, vous le savez, à évacuer toute la sérosité de la tumeur, puis à pratiquer l'injection.

La manière de procéder de M. Brainard compte seulement les faits qu'il vous a cités. Si, dans le mémoire qu'il nous a lu ici et dans lequel il est venu revendiquer le mérite d'avoir le premier appliqué les injections iodées au traitement du spina-bifida, le professeur de Chicago nous avait fourni un récit plus complet et plus détaillé de ses tentatives, notre collègue eût fait beaucoup à l'égard de la méthode qu'il recommandait et même pour l'avenir de ce nouveau traitement. En effet, sur les six cas opérés par lui, ou sous sa direction, cinq se sont terminés par la guérison, et même, dans le dernier, le résultat est incertain pour nous seul; M. Brainard le range parmi les succès.

La méthode de M. Velpeau compte aujourd'hui dix faits, mais tous ne sont pas des cas de guérison. Sur ce nombre nous comptons un insuccès, cinq guérisons, quatre morts.

L'insuccès (voir le tableau, p. 443, *obs.* 12) incombe à l'artiste plutôt qu'à la méthode; car si le chirurgien, mieux éclairé sur sa valeur, avait répété son premier essai, nul doute qu'il ne fût arrivé à triompher du vice de conformation dont était affecté son petit malade.

---

[1] Voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. LIV, p. 248.

Quant aux cinq guérisons, on peut défalquer la première observation (nº 7), attendu qu'à l'époque où l'injection iodée a été pratiquée, la tumeur ne communiquait plus avec la cavité rachidienne; aussi les accidents ont-ils été nuls. Il n'en a pas été de même dans les autres cas; des complications très-sérieuses sont survenues; tous les enfants ont éprouvé des convulsions, et trois d'entre eux ont été frappés de paraplégie (*obs.* 9, 10, 11).

Dans les quatre cas de mort, le résultat funeste est dû le plus souvent à l'absence de préceptes. Tantôt le chirurgien a oublié de fermer avec assez de soin l'ouverture de communication de la tumeur avec la cavité rachidienne, et le liquide est remonté jusqu'au ventricule cérébelleux (*obs.* 13). D'autres fois les chirurgiens injectent des solutions médicamenteuses trop concentrées, celles dont ils font usage dans le traitement de l'hydrocèle pour prévenir les récidives, mais ils ont oublié les circonstances anatomo-pathologiques si différentes entre les deux sortes de tumeurs (*obs.* 14, 15). Enfin, dans le dernier cas (*obs.* 16), le praticien s'est décidé à pratiquer l'essai de l'injection iodée alors que le spina-bifida était le siége d'une inflammation à ses débuts; aussi, quelques heures après l'opération, l'enfant succombait à une méningite rachidienne.

En résumé, quatre guérisons et quatre morts, tel est le bilan de la méthode que j'appellerai *chirurgicale*. On voit combien les résultats diffèrent de ceux que M. Brainard dit avoir obtenus : six succès sur six tentatives. Malheureusement, dans les sciences d'observation, les simples affirmations, voire même les observations incomplètes, ne sauraient suffire. (*Voir le tableau ci-contre.*)

Afin de ménager vos moments, j'ai réuni en un tableau tous les faits connus et que j'ai publiés ailleurs. Un simple coup d'œil vous permettra de vous rendre compte non-seulement des résultats définitifs, mais encore des circonstances les plus importantes de ces seize tentatives.

Avant de chercher à faire ressortir de ce tableau les enseignements pratiques qui en découlent, permettez-moi de vous donner lecture de l'un de ces faits que vous adresse M. Viard, et qui sert de base au mémoire que vous avez soumis à l'examen d'une commission composée de MM. Huguier, Giraldès et Debout (rapporteur).

Après quelques considérations destinées à légitimer l'intervention de la chirurgie dans les cas de spina-bifida, alors même qu'il est compliqué d'hydrocéphalie, M. Viard nous donne l'histoire complète d'un jeune enfant affecté de ces deux vices de conformation, et chez lequel notre confrère a cru devoir tenter l'essai de la

Tableau des cas de spina-bifida traités par les injections iodées (1847-1859).

Observations.	AUTEURS.	Dates	SEXE du malade.	AGE.	SIÈGE de la maladie.	COMPLICATIONS.	NOMBRE d'injections.	FORCE de la solution.	DURÉE du traitement.	ACCIDENTS.	Résultats.
1	BRAINARD.	1847	Fille.	13 ans.	Région sacrée.	Nulles.	15	Solutions étendues.	10 mois.	Nuls.	Guérison.
2	Id.	1849	Fille.	8 jours.	Région lombaire	Hydrocéphalie.	1	Id.	?	Id.	Id.
3	Id.	1850	Fille.	3 mois.	Id.	Id.	3	Id.	4 semaines.	Convulsions.	Id.
4	Id.	?	Garçon	?	Id.	Nulles.	Plusieurs	Id.	?	Suppuration.	Id.
5	Id.	?	?	?	?	?		Id.	?	?	Id.
6	Id.	?	?	?	?	?	2	Id.	?	?	Id.
7	DU TREMBLAY.	1848	Garçon.	14 mois.	Région lombaire.	Nulles.	1	Au 1/4	1 mois.	Nuls.	Id.
8	CHASSAIGNAC.	1851	Garçon.	2 mois.	Région sacrée.	Id.	1	A 1/2	1 mois.	Convulsions.	Id.
9	VELPEAU.	1851	Fille.	4 mois.	Id. lombo-sacrée.	Id.	6	1/3 puis croissantes	13 mois.	Légères convulsions.	Id.
10	MAISONNEUVE.	1855	Garçon	4 jours.	Région lombaire.	Id.	1	A 1/2	5 semaines.	Paraplégie.	Id.
11	VIARD.	1856	Garçon.	2 mois 1/2.	Id. lombo-sacrée.	Hydrocéphalie légère.	1	Au 1/3	6 mois.	Id.	Id.
12	NÉLATON.	1854	Garçon.	8 jours.	Région lombaire.	Nulles.	1	Au 1/3	26 jours.	Nuls.	Insuccès.
13	ROBERT.	1855	Garçon.	3 mois.	Id.	Id.	1	Au 1/3	Quelques minutes.	Convulsions.	Mort.
14	SERRES (d'Alais)	1853	Fille.	8 jours.	Id.	Id.	2	A 1/2	10 jours.	Id.	Id.
15	JOBERT (de L.)	?	?	1 mois.	Id. lombo-sacrée.	Id.	1	A 1/2	8 jours.	Id.	Id.
16	TEXIER.	1859	Fille.	3 mois.	Région lombaire.	Id.	1	Au 1/3	9 heures.	Id.	Id.

nouvelle médication. Comme tous les chirurgiens français, c'est à la méthode de M. Velpeau qu'il a donné la préférence.

Obs. *Spina-bifida de la région lombo-sacrée compliqué d'un faible degré d'hydrocéphalie : tumeur volumineuse, non pédiculée. — Injection d'une solution iodée. — Paralysie des membres inférieurs et du col de la vessie, consécutive à l'injection. — Guérison de l'hydrorachis ; résolution spontanée et presque complète de la paralysie. — Mort de l'enfant trois années après sa guérison. — Autopsie.* — Le 7 août 1856, je suis appelé, dit M. Viard, pour voir un enfant du sexe masculin, né à terme dans la nuit précédente. Cet enfant est fort, bien portant et de grosseur ordinaire; les organes génitaux et les membres sont bien conformés; la colonne vertébrale jusqu'à la région lombo-sacrée présente l'état normal, il n'existe pas d'anomalie dans ses courbures. Aucune partie du corps n'est le siége du moindre arrêt de développement, la peau est rouge et fraîche, la figure est calme et n'exprime aucune souffrance; la tête est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal, le front est proéminent comme dans l'hydrocéphalie; les sutures sont fermées, mais les fontanelles, surtout l'antérieure, sont largement ouvertes; l'hydrocéphalie est donc peu prononcée. L'enfant n'est pas paraplégique, car il agite très-bien ses jambes, et sent parfaitement des piqûres d'épingle faites à la peau; il tette bien, et les fonctions du rectum et de la vessie paraissent s'opérer d'une manière satisfaisante.

A la région lombo-sacrée, au niveau de la dernière vertèbre lombaire, on voit une tumeur arrondie, ayant le volume de la moitié d'une petite orange; son diamètre transversal a 6 centimètres, le diamètre longitudinal 5 centimètres, et il y a environ 3 centimètres 1/2 ou 4 centimètres de la pointe du coccyx à la partie la plus déchirée de la tumeur.

Cette poche est molle, fluctuante, transparente, peu tendue; ses parois sont très-amincies, la peau qui la recouvre est d'un rouge bleuâtre; elle présente au centre une ulcération de la grandeur d'une pièce de 2 francs; les tissus sur lesquels repose cette ulcération sont rouges et saignants; il se fait à la surface une exsudation de sérosité citrine, qui n'augmente pas par la compression de la tumeur, mais qui s'opère lentement et d'une manière insensible. La pression permet de sentir parfaitement le flot du liquide contenu dans la cavité de la poche, et détermine une assez vive douleur, car l'enfant crie beaucoup. Cette pression, qui ne change pas le volume du kyste, et ne détermine aucune convulsion, faite alternativement sur la tumeur rachidienne et sur les fontanelles, principalement l'antérieure, ne peut faire refluer le liquide soit d'un côté, soit de l'autre, de manière à mettre en évidence la communication entre ces deux parties.

Il est facile de constater également que l'acte de la respiration n'a aucune influence sur la plus ou moins grande tension des parois du kyste. Si cependant on place l'enfant sur le dos, il crie aussitôt et semble suffoquer.

La tumeur, au lieu d'être pédiculée, comme cela arrive souvent, a une base très-large; il est possible de sentir, à la partie inférieure surtout, une dépression manifeste au niveau de la colonne rachidienne, et l'écartement des lames vertébrales; sa cavité doit donc communiquer largement avec le canal rachidien.

Le père et la mère de l'enfant sont forts, bien portants et parfaitement conformés. Le père, qui est marié pour la deuxième fois, a eu avec sa première femme plusieurs enfants qui vivent et n'ont aucun vice de conformation; un autre enfant, né de lui et de cette deuxième femme, n'avait non plus aucune anomalie; mais il est mort au bout de douze jours, à la suite de convulsions. Cependant, nous avons appris que dans la famille du père il existait un antécédent d'une grande valeur : sa mère, par conséquent la grand'mère de notre malade, a mis au monde un enfant très-petit, chétif et affecté d'un spina-bifida, dont la poche avait le volume d'une pomme d'api; cet enfant, qui n'a subi aucun traitement, est mort au bout de onze mois. Ce renseignement, très-intéressant au point de vue de la pathogénie de l'hydrorachis, prouve donc évidemment que, dans ce cas, l'anomalie de la colonne vertébrale a pour cause l'hérédité.

Redoutant pour cet enfant, d'une part, le sort de son ascendant et de tous les enfants atteints de cette malheureuse difformité, et, d'autre part, l'emploi des moyens trop énergiques, je me décide à pratiquer la ponction simple, avec compression de la tumeur. J'enfonce immédiatement à la base, dans un endroit où la peau est saine, un trocart capillaire, et je fais sortir environ deux cuillerées à bouche de sérosité claire, limpide et de couleur citrine. Cette sérosité, versée dans un tube à expériences et chauffée par la lampe à l'alcool, laisse immédiatement déposer une assez forte quantité d'albumine. La contre-expérience, au moyen de l'acide nitrique pur, donne le même résultat.

La sérosité évacuée, la peau s'affaisse et permet de sentir et même de voir le rebord de l'ouverture vertébrale, produit en haut et en bas par les apophyses épineuses, et sur les côtés par des tissus sains, probablement les muscles logés dans les gouttières vertébrales; seulement, sur chacun de ses côtés, on sent un petit tubercule osseux.

La dépression est actuellement manifeste; et, en pressant avec le doigt, on apprécie bien l'écartement des parois du canal rachidien; cette division a de 3 à 4 centimètres de haut en bas, et 1 centimètre transversalement.

Il m'a été impossible, avant et après la ponction, de distinguer dans l'intérieur de la tumeur aucune trace de la moelle ni des cordons nerveux qui en émergent à ce niveau, et il y a tout lieu de croire que si cet organe ou ses éléments dissociés eussent été accolés aux parois du kyste, il eût été facile, ce dernier ayant une grande transparence, de les trouver et de les reconnaître. Au contraire, la lumière d'une bougie promenée tout autour de la tumeur nous a permis de constater, dans toute son étendue, l'absence de tout corps pouvant causer la moindre opacité. En outre, après l'affaissement

des parois, une exploration minutieuse, faite avec les doigts, ne nous a fait reconnaître dans la cavité aucune partie suspecte.

Après la sortie du liquide, une compression est établie avec soin avec un tampon d'ouate, des linges superposés et un bandage lacé.

8 août. — L'enfant a beaucoup crié, surtout pendant les deux premières heures qui ont suivi l'opération; cependant il a bien dormi pendant la nuit. Ce matin, ses traits ne sont nullement altérés, il boit très-bien; mais, malgré la compression, la sérosité s'est reproduite presque complétement.

Les parents, subissant l'influence de personnes ignorantes et écoutant quelques conseils malveillants, m'enlèvent la direction du traitement commencé et font appeler un autre médecin. Je perds de vue l'enfant pendant deux mois et demi, et ce n'est que le 25 octobre que je suis appelé de nouveau pour m'entendre avec un autre confrère sur le parti à prendre dans cette grave conjoncture.

L'enfant est gros, gras et bien fait; ses membres sont bien développés, mais il ne peut se soutenir sur ses jambes, qui sont flasques et renversées un peu en dehors. Si on cherche à l'appuyer sur ses pieds, il crie immédiatement; cependant il agite assez bien ses membres, tette et mange avec un bon appétit; il est gai, ne paraît nullement souffrir, et jouit d'un bon sommeil. La tête est toujours proportionnellement volumineuse et le front proéminent; la fontanelle postérieure est moins large, l'antérieure présente toujours une grande étendue (10 centimètres transversalement, et 6 centimètres d'avant en arrière).

La tumeur lombaire a beaucoup grossi, son diamètre transversal à la base a 10 centimètres, et le longitudinal 8 centimètres; elle est parfaitement arrondie et présente la forme d'une demi-sphère appliquée sur la région lombo-sacrée. Les parois sont excessivement amincies et transparentes; on dirait une anse intestinale distendue; l'ulcération du centre est presque guérie; on ne sent aucun mouvement dans le kyste dont le volume ne change pas dans l'acte de la respiration. La compression cause de la douleur à l'enfant, mais ne détermine pas de convulsions et ne fait refluer le liquide ni dans le crâne ni dans le canal rachidien. Une exploration attentive, faite encore avant et après l'évacuation de la sérosité, permet de constater une fois de plus l'absence dans la cavité de la tumeur d'aucun élément médullaire.

Ayant déjà connaissance des essais heureux de MM. Velpeau, Chassaignac et Brainard, de l'Illinois, et malgré la présence de deux contre-indications, l'ulcération (en voie de réparation) de la peau et la large base de la tumeur, je propose la ponction du kyste avec injection iodée. Cette opération est immédiatement acceptée.

Comme la première fois, je plonge un trocart très-fin à la base de la tumeur, et il en sort 30 centilitres d'un liquide blanchâtre, limpide et non filant; soumis à l'action de la chaleur et de l'acide nitrique, il donne un précipité albumineux beaucoup moins abondant que la première fois.

Craignant beaucoup le contact du mélange iodé avec la moelle, je fais appliquer sur l'ouverture vertébrale un petit tampon d'ouate

qui peut se mouler sur le pourtour de la division ; ce tampon fortement maintenu par la main d'un confrère, M. le docteur Carré, qui m'a aidé de son concours et de ses lumières, j'injecte dans la poche 30 grammes environ du mélange suivant : eau distillée, 40 grammes; teinture d'iode, 20 grammes; iodure de potassium, 40 centigrammes. Je fais circuler ce liquide tout autour du centre où porte le tampon, et, après dix minutes de contact, la même raison qui m'avait porté à chercher l'oblitération de l'ouverture spéciale me détermine à faire sortir tout le liquide injecté. Aussitôt après cette opération, l'enfant pousse des cris, et on remarque à la fontanelle antérieure une dépression considérable, qui disparaît une heure après, probablement par suite de la reproduction du liquide encéphalo-rachidien. Le soir, l'enfant n'a pas eu de fièvre; dans la journée, il tette bien : aucun accident.

26 octobre. — La tumeur s'est complétement reproduite; cependant les parois sont moins tendues, plus dures, moins transparentes et plus rouges ; la tumeur paraît être aussi plus sensible au toucher. L'enfant a un sommeil agité et quelques accès de suffocation ; dans ce moment, il n'a pas de fièvre, mais il a perdu en partie l'appétit. Je constate une paralysie complète des membres inférieurs qui sont insensibles et ne font aucun mouvement, et du col de la vessie, car l'enfant laisse échapper involontairement ses urines. Cet accident est dû, sans doute, à une méningite spinale produite par l'introduction dans le canal vertébral de quelques gouttes de l'injection, et de leur contact avec la moelle et ses enveloppes. L'enfant, qui ne peut rester couché sur le ventre comme avant, paraît fatigué et abattu ; la fontanelle antérieure ne présente rien de nouveau à noter.

Les parents, effrayés par la paraplégie, et craignant de conserver un enfant, bien portant d'ailleurs, mais ne pouvant se servir de ses jambes, se refusent de nouveau à la continuation du traitement ; je ne puis même, comme j'en aurais eu l'intention, comprimer la tumeur et appliquer sur sa surface une couche de collodion ; l'enfant est donc abandonné, malgré toutes mes instances. Cependant il y eut pendant un mois, à partir de ce jour, dans l'état général et local une amélioration progressive. Toutes les fonctions, excepté celles de la vessie, ont continué à s'exécuter normalement. La fièvre et l'abattement ont disparu peu à peu; le volume de la tumeur a diminué progressivement, et, le 26 novembre, deux mois après l'injection, voici les conditions où se trouve notre jeune opéré.

Il est gros et bien développé; les suites de l'opération n'ont en rien retardé l'accroissement; c'est, pour son âge, un très-bel enfant (trois mois et demi); la peau est bonne, souple et fraîche; il est gai, doux et facile à élever ; toutes ses fonctions, excepté l'émission de l'urine qui sort encore involontairement, se font très-bien ; ses jambes, qui avaient été complétement paralysées, le sont beaucoup moins, car l'enfant les remue bien, et il commence à s'appuyer légèrement dessus, ce qu'il ne pouvait faire avant l'opération.

Cependant le sujet est encore trop jeune pour qu'il soit possible de bien apprécier les forces des membres inférieurs. La tumeur

rachidienne a considérablement diminué de volume, surtout en saillie; actuellement son diamètre transversal a 5 centimètres 1/2, et le longitudinal 6 centimètres 1/4; les parois, qui étaient excessivement amincies, sont fortement revenues sur elles-mêmes et très-épaisses, surtout au centre et sur plusieurs points du pourtour. La tumeur qui reste est molle, ridée, et ne contient plus environ que quatre cuillerées de liquide; elle est moins sensible au toucher et, lorsqu'on couche l'enfant sur le dos, il ne donne plus aucun signe de gêne, ni de douleur, et ne suffoque plus comme avant notre intervention et surtout pendant les huit jours qui l'ont suivie.

Il est à peu près impossible de sentir avec le doigt l'ouverture du canal vertébral, ce qui est un signe qu'elle a au moins diminué d'étendue; la tête est un peu moins grosse, proportionnellement; cependant le front est toujours proéminent, et la fontanelle antérieure largement ouverte.

En présence d'une semblable amélioration, je renonce à faire dans le kyste une seconde injection, que les parents sont cependant disposés à accepter; je compte sur l'accroissement de l'enfant pour fermer définitivement le canal rachidien, et sur la nature pour achever cette guérison.

7 avril 1858. — L'enfant a vingt mois; la tête est toujours un peu plus grosse qu'à l'état normal, et le front proéminent; la fontanelle postérieure n'existe plus, et l'antérieure est presque fermée. L'intelligence est développée, et il ne paraît pas que le volume un peu fort de la tête ait aucune influence sur les fonctions cérébrales. L'enfant a seize dents; leur évolution s'est faite sans aucun inconvénient.

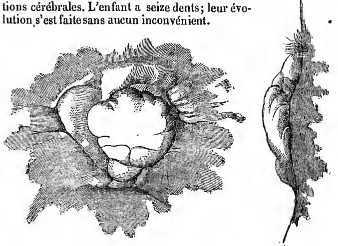


Fig. 1. Cicatrice du spina vue de face. Fig. 2. Vue de profil.

A la région lombo-sacrée, on ne voit plus à la place de la tumeur qu'un paquet, gros comme la moitié d'une petite pomme d'api, de tissus ratatinés et durs; il est tout à fait impossible de sentir l'ouverture spinale, dont l'oblitération paraît être complète; la diges-

tion se fait bien, les selles sont normales, et les matières fécales sont retenues par le sphincter anal; les urines, au contraire, sont encore rendues involontairement : cependant, tant que l'enfant est couché ou assis, l'urine peut être facilement gardée et rendue seulement lorsque la vessie est remplie; mais, aussitôt que les pieds portent sur le sol, ce liquide sort goutte à goutte.

Le petit malade remue et agite bien les membres inférieurs, mais il ne peut encore marcher; pourtant nous devons noter de ce côté une amélioration sensible, surtout depuis un mois, car il jette ses jambes en avant et se soutient beaucoup mieux dans la station debout. Il est facile de constater que la partie antérieure du pied, depuis l'extrémité des orteils jusqu'au niveau du cou-de-pied, est le siége d'une paralysie du mouvement et du sentiment; les orteils demeurent flasques et inertes, et les piqûres d'épingle sur la peau ne produisent pas de sensation; le pied est normalement développé, mais les ongles sont noirs et ne prennent pas d'accroissement.

Il ne reste donc plus qu'une paralysie incomplète et limitée des membres inférieurs et du col vésical, encore tend-elle à s'améliorer de jour en jour. Tout fait donc espérer que des toniques, des frictions stimulantes, et l'influence des courants électro-magnétiques, achèveront de rendre à cet intéressant enfant la force, la sensibilité et le mouvement.

Le petit malade a succombé récemment, et M. Viard s'est empressé de nous faire tenir la fin de son observation, ainsi que la portion du squelette, siége de l'arrêt de développement. Voici les détails qui nous sont transmis :

L'enfant qui fait le sujet de l'observation ci-dessus est mort le 13 janvier dernier, à la suite d'une angine couenneuse. Atteint le 9 janvier, les fausses membranes, d'abord limitées à l'arrière-gorge, n'ont pas tardé à envahir le larynx et la trachée, et le jeune malade succombait quatre jours après, le 17 janvier 1860.

L'enfant, à l'époque de sa mort, était gras, fort, robuste; ses membres et son corps avaient acquis leur grosseur et leur grandeur normales; toutes ses fonctions, excepté la miction, étaient intactes. Malgré le volume notable de la tête remarqué après la naissance et la proéminence accusée du front, l'intelligence était entière et même remarquablement développpée.

Du côté des mouvements des membres inférieurs et de la contractilité de la vessie, l'amélioration n'était pas très-sensible, les urines s'échappaient toujours involontairement, surtout dans la station verticale; la partie inférieure des jambes, surtout au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, était très-molle, et on remarquait dans cette articulation une mobilité excessive, qui devait singulièrement nuire à la station. L'enfant ne pouvait encore marcher seul; cependant, lorsqu'on l'appuyait contre une chaise, il se soutenait beaucoup mieux qu'un an auparavant. En le faisant marcher, il était facile de voir qu'il avançait mieux les jambes, et qu'il devenait, lentement, il est vrai, mais toujours un peu plus solide et plus fort.

Il existait en arrière de l'anus, au niveau de la pointe du coccyx, une ulcération de la grandeur d'une pièce de 1 franc et ayant 2 millimètres de profondeur; ses bords étaient taillés à pic et sa surface offrait une teinte blafarde. Cette ulcération, qui avait débuté dix-huit mois environ après la naissance, n'avait pu être fermée par aucun moyen : les cautérisations, les pansements avec des pommades excitantes, etc., n'avaient pas produit le plus léger changement dans la vitalité des tissus; il semblait que cette partie était frappée de mort et ne pouvait être ranimée par aucun stimulant; il faut dire aussi qu'elle était bien un peu entretenue par l'écoulement fréquent des urines. Quant à la sensibilité des membres inférieurs, elle avait éprouvé une amélioration notable, mais elle n'était pas encore revenue à l'état normal.

J'avais bien prescrit quelques traitements à cet enfant. Malheureusement il appartenait à des parents pauvres qui ne pouvaient et ne voulaient faire aucun sacrifice, pas même de temps. Je me suis vu réduit, en conséquence, à ne pouvoir donner à notre intéressant malade que quelques séances d'électricité, qui ont paru produire un bon effet. Quant aux autres médications, elles étaient abandonnées presque aussitôt que commencées. Il est donc impossible de dire le résultat que des soins bien entendus et une médication appropriée et continuée avec persévérance auraient pu produire chez cet enfant.

Quoi qu'il en soit, voici un enfant qui vient au monde avec un vice de conformation qui, jusqu'à ce jour, le classait parmi les individus déclarés *non viables;* une opération chirurgicale lui est faite, et cet être, qui devait nécessairement succomber dans un temps rapproché, non-seulement vit pendant quatre ans, mais encore se développe normalement, devient fort, robuste, intelligent, se soutient sur ses membres inférieurs, et promet même de vivre longtemps. Il meurt, il est vrai, non des suites de son affection première, mais par une maladie terrible, qui a régné épidémiquement à Montbard et enlevé un grand nombre d'enfants. N'est-ce pas là un fait digne de l'attention des membres de la Société de chirurgie ?

La pièce anatomique, que je n'ai pu me procurer qu'avec beaucoup de peine et en quelque sorte par surprise, me paraît remarquable à plusieurs points de vue :

On y voit trois vertèbres lombaires, le sacrum et le coccyx presque entièrement cartilagineux.

Le sacrum est complet, mais la concavité que présente la face antérieure de cet os à l'état normal est remplacée par une convexité; sur la face postérieure, le canal sacré est ouvert dans toute sa longueur et n'a point de paroi postérieure; la bifidité part de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire et ne se termine qu'au coccyx. La moelle épinière a été ménagée autant que possible, mais sa terminaison n'a pu être conservée à cause de la rapidité avec laquelle j'ai été obligé d'enlever la pièce pour éviter l'opposition des parents. Il en restait cependant assez de cet organe pour voir qu'elle se terminait à l'angle supérieur de la bifurcation sacrée, où les nerfs de la queue de cheval venaient se confondre et se perdre dans une

espèce de tissu compacte et lardacé, dans lequel il était extrêmement difficile de les suivre. La moelle envoyait néanmoins des branches nerveuses dans les trois premiers trous de conjugaison du sacrum; mais il m'a été impossible de rencontrer aucun filet ayant quelque apparence nerveuse, se dirigeant vers le quatrième, et encore moins vers l'intervalle qui sépare le sacrum du coccyx, ou la première pièce de ce dernier.

C'est au niveau de la partie supérieure de la fissure sacrée que se voyait la tumeur séreuse opérée pendant la vie de l'enfant.

L'intérêt qu'éveillent les essais de traitement d'un spina-bifida, surtout lorsqu'ils se terminent par la guérison, m'a engagé à vous lire toute l'observation de M. Viard. La mention de ce fait nous a paru d'autant plus importante que le jeune malade de notre confrère était affecté de l'une de ces formes du vice de conformation dans lesquelles il est généralement admis que l'art ne doit pas intervenir; en effet, la tumeur communiquait largement avec le canal rachidien, et son enveloppe cutanée était le siége d'une ulcération. N'oublions pas, non plus, que l'hydrorachis coïncidait avec une hydrocéphalie. Malgré ces circonstances fâcheuses, convaincu que les enfants atteints de spina succombent dans les premières années de leur existence, M. Viard n'hésite pas à agir. Il fait choix d'abord du moyen qu'il croit le plus inoffensif : la ponction de la tumeur à l'aide d'un trocart capillaire, suivie de la compression de la poche. Cette première tentative échoue, et, découragés par l'insuccès, les parents s'opposent à une nouvelle application de la méthode; aussi, pendant deux mois et demi, M. Viard cesse de suivre son intéressant malade. La tumeur prenant de l'accroissement, les parents reviennent sur leur détermination première; une consultation a lieu. En présence des résultats heureux produits au sein de la Société de chirurgie, MM. les docteurs Viard et Carré se décident à recourir aux injections iodées.

Vous avez vu les précautions prises par M. Viard pour assurer les bons effets de la nouvelle médication. Malgré l'obturation de l'ouverture du rachis destinée à prévenir la pénétration du liquide médicamenteux, les symptômes de la paraplégie augmentent et une paralysie du col de la vessie vient encore aggraver l'état du petit malade. Aussi la famille repousse-t-elle l'emploi d'une seconde injection. L'opposition des parents a eu, cette fois, un bon résultat; elle est venue prouver qu'on ne doit pas répéter trop tôt ces opérations.

Les accidents dus au traumatisme local se sont dissipés peu à peu, et, au bout d'un mois d'expectation, le volume de la tumeur com-

mençait à diminuer, quelques mouvements reparaissaient dans les membres inférieurs. Témoin de ce commencement d'amélioration, M. Viard est conduit à compter sur les effets de sa première injection pour amener la guérison du spina-bifida.

Les prévisions de notre confrère se sont réalisées, et le 20 avril 1858, c'est-à-dire vingt mois après son opération, il constatait la disparition de la tumeur. Celle-ci était remplacée par un bouchon de tissu cicatriciel du volume d'une pomme d'api qui obturait l'ouverture vertébrale. L'incontinence de l'urine ne s'était pas améliorée, mais il n'en était pas de même de la paraplégie. Un amendement notable s'était manifesté dans l'innervation des membres inférieurs, et tout laisse croire que l'emploi de l'électricité eût amené la guérison du jeune malade, s'il avait appartenu à des parents plus soucieux de la santé de leur enfant. Malgré sa paralysie, cet enfant se développait d'une manière normale, lorsque le 9 janvier dernier, à l'âge de trois ans et demi, il est atteint d'une angine couenneuse à laquelle il ne tarde pas à succomber.

M. Viard, afin de compléter son observation, s'efforce d'obtenir l'autopsie, mais nous savons tous les difficultés que rencontre ce complément des bonnes observations. Les conditions dans lesquelles il est obligé de l'accomplir ne lui permettent pas de se livrer à un examen aussi minutieux que le comporterait l'importance du fait. Toutefois, le pièce osseuse placée sous vos yeux vous permet de constater un fait curieux, l'existence d'une tumeur ronde et limitée à peine au tiers supérieur de la fissure sacrée. Dans la plupart des cas de spina présentant un hiatus aussi étendu, les tumeurs sont oblongues et contiennent une certaine partie des expansions terminales de la queue de cheval.

C'est à la forme particulière de la tumeur chez son malade que M. Viard a dû d'en pouvoir triompher, et, ce qui n'est pas moins remarquable, d'en triompher à la suite d'une seule injection. Il est vrai que les accidents locaux ont été sérieux et que les effets du traumatisme se sont fait sentir sur les membranes rachidiennes et les quelques expansions nerveuses qu'elles enveloppaient.

M. Viard est conduit, par les bons résultats qu'il a obtenus de la médication iodée, à lui accorder une grande valeur. Afin de faire passer cette conviction dans vos esprits, il a reproduit tous les faits dans lesquels ce nouveau traitement a été expérimenté. Cette partie de sa tâche lui était facile, puisque nous avions pris le soin d'en rassembler les observations. Nous ne suivrons pas notre confrère dans l'analyse qu'il donne de ces divers essais, et aborderons de suite les

conclusions de son mémoire dans lesquelles l'auteur résume sa pensée sur la valeur des injections iodées comme traitement du spina-bifida.

Voici ces conclusions :

1° L'absence de pédicule dans la tumeur et l'hydrocéphalie ne sont pas des contre-indications de l'opération.

Cette première conclusion repose encore sur un trop petit nombre de faits pour être admise sans conteste, et M. Viard aurait dû employer le conditionnel : « peuvent ne pas être des contre-indications. » En effet, l'intervention fructueuse des injections iodées dans les cas d'absence de pédiculisation de la tumeur ne compte encore que deux observations : celle de M. Viard, et une autre de notre collègue M. Maisonneuve. Or, dans ces deux cas, une paraplégie complète a été la suite du traumatisme provoqué par le liquide médicamenteux. Quant à la complication de l'hydrocéphalie, outre le cas de M. Viard, on la trouve notée seulement dans une des observations de M. Brainard.

Quoique la guérison ait été obtenue dans ces diverses tentatives, on serait conduit à repousser tout essai ultérieur de ce nouveau traitement dans les cas de spina-bifida présentant de semblables complications, si l'on ne pouvait diminuer les dangers du procédé opératoire suivi par notre confrère.

2° La méthode des injections iodées doit être employée de préférence à toute autre.

Cette seconde conclusion s'appuie sur des faits aujourd'hui trop nombreux pour qu'elle puisse être mise en doute. Mais, nous l'avons déjà fait remarquer, deux procédés opératoires bien différents ont été mis en œuvre dans les diverses expérimentations chirurgiques. Dans l'un, que nous nommerons le *procédé chirurgical*, on fait appel à l'action irritante de l'iode, et l'on détermine une inflammation des parois de la tumeur. Dans l'autre, le *procédé médical*, on fait appel surtout aux propriétés altérantes du médicament, afin de provoquer la résorption du liquide, comme dans les hydropisies des autres grandes cavités splanchniques : le thorax, l'abdomen.

Ces deux procédés ne sauraient être employés indifféremment. M. Viard partage cette opinion ; on va le voir.

3° Les tumeurs rachidiennes peuvent être réunies en deux groupes.

Le premier, comprenant les tumeurs pédiculées et non pédiculées, pourra être traité au moyen du procédé admis par les chirurgiens français, c'est-à-dire par l'évacuation complète de la tumeur, et l'injection dans la cavité de celle-ci

d'une solution dans laquelle les agents médicamenteux entreront d'abord pour un quart. Cette proportion sera augmentée graduellement suivant les effets obtenus. Il est indispensable dans ces cas d'oblitérer complétement l'ouverture vertébrale et de ne pas laisser, autant que possible, de liquide iodé dans la cavité de la poche. Dans les tumeurs à base large, un tampon oblitérateur sera appliqué, avant l'injection, sur l'orifice de communication, et laissé à demeure jusqu'à ce qu'une sécrétion de sérosité nouvelle soit venue distendre le sac.

Le deuxième groupe, renfermant les tumeurs compliquées de la dissociation et du déplacement des éléments médullaires, ou d'une hydrocéphalie, devra être attaqué par le procédé des solutions étendues injectées, au moyen soit d'une seringue ordinaire, soit d'un corps de pompe gradué, proposé par M. Debout. Si ce dernier moyen était adopté, le médicament devrait être injecté pur; il serait prudent de débuter par une dose de 5 gouttes dans les tumeurs petites, 10 gouttes dans les moyennes, et 15 gouttes dans celles qui sont très-volumineuses. Ces quantités seraient graduellement augmentées, si l'inflammation cherchée n'est pas assez considérable.

Nous avons admis que les tumeurs pédiculées nous semblaient seules justiciables du procédé chirurgical. En présence du succès qu'il a obtenu, M. Viard croit pouvoir leur joindre les tumeurs non pédiculées, avec la précaution d'obturer l'ouverture rachidienne pendant la durée de l'injection. Cela n'est pas toujours possible, aussi nous ne saurions partager son opinion et persistons à croire que, dans les cas de tumeurs non pédiculées, on devra essayer de préférence le procédé médical. Nous avons rappelé déjà que les tentatives de traitement ne devaient pas seulement être efficaces, mais encore inoffensives. Or, dans l'observation de M. Viard, comme dans celle de M. Maisonneuve, seuls cas de tumeurs non pédiculées traitées par l'injection iodée, nous voyons une paraplégie complète survenir, malgré la précaution prise et recommandée par l'auteur. La guérison, quand elle a lieu, est obtenue à de trop onéreuses conditions pour que nous recommandions cette pratique.

Les spina-bifida dont les tumeurs ne sont pas pédiculisées devront donc être rangées dans le groupe des cas dont le traitement incombe au procédé médical.

Nous avons à présenter quelques remarques à propos des liquides médicamenteux destinés aux injections. Dans les problèmes de thérapeutique, on ne se préoccupe pas assez du côté chimique de la question. Ainsi, dans l'étude de l'action topique de la teinture d'iode injectée dans les cavités closes, notre éminent collègue, M. Velpeau, a négligé complétement les modifications que l'addition de l'eau fait subir à l'agent médicamenteux.

L'iode est très-peu soluble dans l'eau, et c'est pour cela qu'on le dissout dans l'alcool. Lors donc qu'on vient à étendre cette teinture

avec de l'eau, on décompose la solution alcoolique, et on précipite la plus grande partie du métalloïde. L'analyse chimique est venue prouver à M. Mialhe que lorsqu'on mélange un 1/3 de teinture avec 2/3 d'eau, la solution ne contient plus que 1/216 d'iode, au lieu de 1/12 que renfermait la teinture. Si le mélange se fait à parties égales, la solution contiendra 1/72. On voit donc la grande variété de force que présentent les diverses solutions mises en œuvre.

Mais, objectera-t-on, les essais se sont faits avec ces solutions, et les expérimentations cliniques ont prouvé que l'emploi de ces mélanges médicamenteux donnaient de bons résultats thérapeutiques! Je le confesse. Toutefois, je ferai remarquer qu'un certain nombre de faits sont venus révéler des effets différents. N'a-t-on pas vu l'inflammation des parois des kystes dépasser le degré nécessaire à la guérison? Or, ces revers s'expliquent par les réactions chimiques qui se produisent dans les mélanges médicamenteux. Pour peu que les solutions soient anciennes, si on injecte la partie supérieure du liquide, on produit une action topique très-faible; si on répète l'opération et qu'on pousse dans la cavité morbide les couches inférieures de la solution, on aura alors une injection trop active. J'ai pensé qu'il était utile de rappeler ces faits.

Les mêmes dangers ne sauraient se produire avec le procédé médical qui met en œuvre des solutions iodées iodurées. L'iodure de potassium employé en quantité égale à celle de l'iode maintient la solution du métalloïde complète, quelle que soit la quantité d'eau à laquelle on le mélange. Aussi sont-ce surtout ces solutions aqueuses que les médecins emploient dans le traitement des hydropisies, et que M. Brainard a recommandées exclusivement dans le traitement du spina-bifida.

Désireux d'augmenter encore l'innocuité de ce procédé, j'ai donné le conseil de projeter quelques gouttes d'une solution aqueuse (1) dans la tumeur à l'aide de la seringue Pravaz. Si l'on croyait nécessaire d'assurer le mélange du liquide médicamenteux avec la sérosité contenue dans la poche, on ferait usage de la seringue d'Anel, modifiée par M. Charrière. Après avoir introduit les quelques gouttes de la solution iodée dans le corps de la seringue, et avoir

(1) Voici une formule de solution aqueuse contenant une quantité d'iode égale à celle contenue dans la teinture, c'est-à-dire 1/12.

Pr.	Iode	1 gramme.
	Iodure de potassium	1 gramme.
	Eau distillée	10 grammes.

adapté l'instrument à la canule, maintenue dans la tumeur, il suffirait de retirer le piston pour voir la sérosité entrer dans la seringue, se mêler aux quelques gouttes de liquide iodé, et constituer une injection médicamenteuse que l'on repousserait dans la tumeur. Cette opération se faisant à l'abri du contact de l'air, on pourrait la répéter afin de mieux assurer le mélange des deux liquides.

4° La paralysie du rectum, celle du col de la vessie, et la paraplégie, déterminées par l'action traumatique de la solution iodée sur la substance médullaire et ses enveloppes, n'est pas nécessairement incurable, à la condition cependant que cette action n'aura pas été ni trop intense, ni de trop longue durée.

Cette complication, lorsqu'elle survient à la suite du traitement des injections iodées, est plus grave que ne le pense M. Viard. L'affaiblissement du mouvement musculaire dans les membres inférieurs existe quelquefois par le fait seul du spina. Ainsi, nous en avons été témoin de nouveau chez un malade de M. Manec, âgé de quatorze ans; mais ce que nous avons pu constater également, ce sont les bons effets de la faradisation. L'excitation électrique localisée dans les membres inférieurs a ramené la puissance normale de ces muscles affaiblis, et la cure se maintient depuis huit années. Probablement cette médication eût amélioré l'état de l'enfant de M. Viard; peut-être l'eût-elle guérie. Toutefois, l'électricité peut échouer dans ces cas; ainsi le petit malade de M. Maisonneuve a été traité par M. Duchenne avec une grande persévérance, sans que la paraplégie ait été modifiée. La seule amélioration obtenue fut un léger amendement des fonctions de la défécation et de la miction.

5° L'instrument le plus favorable et jouissant de la plus grande innocuité pour opérer la ponction de la tumeur sera un trocart capillaire. Plus la tumeur sera volumineuse et distendue, plus l'emploi de ce trocart sera nécessaire.

La notion de l'innocuité des ponctions des cavités morbides, lorsqu'elles sont pratiquées à l'aide d'instruments capillaires, est due à Abernethy, et des faits nombreux sont venus la mettre en relief. Aussi est-ce s'exposer à de graves dangers que de se servir du trocart à hydrocèle pour opérer des spina-bifida.

Enfin, viennent les deux dernières conclusions qui ne peuvent soulever aucune objection.

6° La ponction sera faite dans la peau saine et près de la base de la tumeur.

7° Aucune compression ne sera établie sur la poche après l'opération ; on fera même bien de la protéger par un appareil approprié.

Telles sont les données pratiques que soulève le traitement du

spina-bifida, et que M. Viard a très-bien saisies et formulées. Les expérimentations cliniques ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre de trancher tous les points en litige; toutefois, comme le dit très-bien notre confrère, elles suffisent pour proclamer que :

De toutes les méthodes thérapeutiques connues, l'emploi des injections iodées constitue le traitement le plus efficace et le plus inoffensif de ce vice de conformation.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formule du sirop d'éther.

Par M. Boullay.

L'appel fait par la Société de pharmacie, à propos de la révision du *Codex*, a engagé l'honorable académicien à publier sa formule de sirop d'éther, ainsi que les conditions qui doivent en assurer la bonne préparation.

Pr.	Sirop de sucre le plus pur, à 28 degrés de Baumé..	6 kilogrammes.
	Ether sulfurique alcoolisé, à 48 degrés..........	1,500 grammes.

Introduisez dans un flacon, dont un quart de la capacité reste vide. Ce flacon doit être muni, outre sa tubulure supérieure, d'une tubulure à la base, garnie d'un robinet de cristal, ou mieux en buis.

Le mélange étant fait, on l'agite fortement en secouant le flacon. Cette opération doit être répétée pendant plusieurs jours, pour faciliter l'union, l'incorporation de l'éther. On abandonne ensuite en lieu frais, jusqu'à ce que le sirop soit d'une limpidité parfaite. Il se clarifie de lui-même, *per ascensum*, et il se recouvre d'une légère écume et d'éther en excès. Alors, on le soutire pour l'usage.

J'ai pris une précaution qui a donné une plus grande faveur à mon sirop d'éther, à cause de la bonne qualité et de la suavité de l'éther. J'avais remarqué que le premier produit n'était jamais très-suave, et que celui qui avait touché à l'huile douce avait beaucoup de peine à en perdre le goût, malgré les rectifications les mieux entendues, et que l'éther du commerce, évaporé spontanément dans la main, laissait alors, comme aujourd'hui, une odeur plus ou moins fétide. En conséquence, dans une distillation d'éther sulfurique, je séparais le premier produit; je réservais pour mon sirop celui qui vient après, et je me gardais surtout d'employer celui qui passait accompagné d'une émission d'huile douce. Ce produit intermé-

diaire, rectifié sur la magnésie pure, était toujours très-suave, un véritable éther d'amateur.

Peu de temps après mon établissement, voyant les inconvénients de l'éther administré sur des morceaux de sucre, je cherchai le moyen de le faire arriver directement dans l'estomac, ce qui me suggéra l'idée de composer un sirop d'éther.

En employant l'éther pur, agité avec du sirop simple, on ne peut obtenir qu'un produit très-peu éthéré. Il fallait donc un intermède pour faciliter la combinaison. Après bien des tâtonnements, j'adoptai l'emploi d'un éther alcoolisé, espèce de liqueur anodine d'Hoffmann, éther officinal des anciens, usité dans les mêmes circonstances, et j'arrivai à un résultat très-satisfaisant.

Potion fébrifuge du docteur Lalue.

M. Beau vient d'employer avec succès cette potion dans un cas de fièvre intermittente qui avait résisté au sulfate de quinine administré seul.

Décoction de quinquina.................	125 grammes.
Ether................................	25 grammes.
Laudanum de Sydenham...............	15 gouttes.
Sulfate de quinine......................	1 gramme.

A prendre quatre heures avant l'accès, en deux doses, à un quart d'heure d'intervalle.

Les effets fébrifuges de l'emploi du chloroforme signalés en ces derniers temps nous eussent engagé à substituer cette substance à l'éther.

De la prescription des substances médicamenteuses liquides par gouttes.

L'habitude de prescrire les agents thérapeutiques liquides par gouttes est tellement ancienne, qu'il est impossible d'espérer que les praticiens consentiront à l'abandonner de sitôt et à prescrire des fractions du gramme au lieu de gouttes. En faisant usage des poids, ils connaîtraient cependant la quantité exacte des agents médicamenteux qu'ils administrent à leurs malades, et ceux-ci recevraient partout des médicaments ayant des propriétés identiques, ce qui est matériellement impossible avec les gouttes.

Si les médecins n'ont point encore perdu cette habitude, il faut s'en prendre aux auteurs des formulaires, des ouvrages destinés à l'enseignement, du *Codex* même. Ils ont adopté cette manière de prescrire, et tous ont cherché à l'encourager, en publiant des tables

parfaitement inutiles, construites sur des bases complétement inexactes. En effet, les gouttes qui tombent de plusieurs flacons ne pèsent pas le même poids. Le poids des gouttes n'est pas encore le même lorsqu'on les fait tomber alternativement d'un côté ou de l'autre d'un flacon. Il dépend de la capacité du vase et de la facilité avec laquelle le liquide mouille le verre, du diamètre des goulots ; de la propreté et de la largeur de la partie renversée, de la quantité de liquide que les flacons contiennent et de la manière dont on fait tomber les gouttes. Celles qui s'écoulent d'un flacon complétement ouvert pèsent souvent moitié moins que celles qui découlent d'un même flacon, placé et incliné de la même manière, mais bouché en partie pour régulariser l'instillation.

On peut, il est vrai, parer à une partie de ces inconvénients en retirant les bouchons des flacons, sauf pour les liquides éthérés ; en versant les gouttes du même côté du flacon et toujours à la même place ; en frottant avec le bouchon mouillé avec le liquide à instiller la partie du col où l'écoulement doit avoir lieu, afin de faciliter la marche du liquide ; en ne procédant jamais à l'instillation avec un flacon plein ou presque plein, car il ne doit contenir au plus que la moitié du liquide qu'il peut renfermer. L'axe du flacon doit être parallèle à une ligne horizontale qui passerait entre la fiole qui reçoit les gouttes et le flacon qui les abandonne. Le centre de l'ouverture du flacon peut être au-dessous de cette ligne, mais il ne doit jamais être au-dessus. Malgré ces précautions, nous le répétons, les gouttes ne sont pas régulières et la prescription est toujours vicieuse.

Beaucoup de personnes ont voulu remédier à ces inconvénients en faisant construire des instruments auxquels elles ont donné le nom de *compte-gouttes* ; mais le problème n'est point encore résolu. Pour que ces instruments pussent avoir une grande utilité, il faudrait s'entendre sur la valeur d'une goutte. En effet, qu'est-ce qu'une goutte ? A notre point de vue, la goutte thérapeutique, pharmaceutique, médicale, comme l'on voudra, ne peut être la plus petite partie d'un liquide qui s'écoule d'un flacon lorsqu'on le penche : c'est la goutte du public, la goutte de tout le monde. Elle ne peut pas non plus être une fraction du centimètre cube : elle serait la goutte du chimiste. Elle doit, pour avoir une valeur réelle, peser 5 centigrammes ou la vingtième partie d'un gramme. Mais comment construire des instruments capables de donner avec tous les liquides des gouttes de 5 centigrammes ? Cela n'est pas facile.

On pourrait graduer quelques pipettes pour un certain nombre

de gouttes de 5 centigrammes, en opérant de la manière suivante : On introduit du liquide dans un tube effilé, par aspiration ; on fait un trait avec de l'encre sur la tige, à la hauteur de la partie inférieure du ménisque, et on laisse écouler le liquide dans le plateau d'une balance (il doit être de verre) ; s'il y en a trop ou trop peu pour le poids cherché, on recommence et l'on a bientôt le poids convenable. On continue ainsi, jusqu'à ce que l'on ait terminé la graduation, puis on remplace les traits à l'encre par des traits à la lime ou à l'acide fluorhydrique.

Il est facile de comprendre qu'il est impossible d'avoir à sa disposition autant de pipettes graduées qu'il en faudrait pour le service d'une pharmacie; mais on peut toujours peser les liquides, quelles que soient leurs densités, en faisant usage de tubes plus ou moins effilés. Ces tubes sont faciles à nettoyer, en les lavant avec de l'eau ou de l'alcool, et en les essuyant avec du papier de soie roulé sur une aiguille pointue, dont la pointe est légèrement recourbée. On peut encore verser avec le flacon le liquide dans le plateau de la balance, et enlever l'excédant avec du papier à filtrer.

Nous avons dit que l'on ne connaissait pas le poids de l'agent thérapeutique que l'on prescrivait, lorsqu'on ordonnait des gouttes, et nous allons le prouver.

Il n'est pas rare de voir une ordonnance ainsi conçue :

Potion avec addition de 6 gouttes de teinture de digitale.

Si, au lieu de 6 gouttes, le médecin eût écrit 30 centigrammes, sa potion aurait contenu le macéré alcoolique de 6 centigrammes de digitale, et la cuillerée 6 milligrammes : 1 gramme de cette teinture représente le macéré de 20 centigrammes de digitale. Mais, comme il a prescrit 6 gouttes, la potion ne représente que le macéré de 3 centigrammes 1/2 (0,0358) et la cuillerée 3 milligrammes 1/2 de digitale, puisque les 6 gouttes pèsent, en moyenne, 179 milligrammes (0,18 ; 0,17 ; 0,19; 0,175). Si la formule eût été composée avec 20 gouttes de teinture, la potion n'aurait contenu que le macéré de 112 milligrammes (0,11280) de digitale, puisque 20 gouttes de teinture pèsent en moyenne 564 milligrammes (0,53 ; 0,57 ; 0,58 ; 0,575). Les 20 gouttes pèsent proportionnellement moins que les 6. La moyenne devrait être de 596 milligrammes, si l'instillation des 20 gouttes avait lieu dans les mêmes conditions que celle des 6 gouttes.

Ces exemples démontrent clairement qu'il n'est pas possible, quant à présent, de prévoir l'action thérapeutique des médicaments que l'on prescrit par gouttes.

Nous ferons remarquer, en terminant, qu'en disant que le gramme

de teinture représente le macéré de 20 centigrammes de digitale, nous ne voulons pas dire que le gramme de teinture soit l'équivalent de 20 centigrammes de poudre de digitale, car la teinture est bien moins active que la poudre, surtout lorsqu'elle a été préparée, comme on le fait généralement, avec de l'alcool à 80 degrés centésimaux. DESCHAMPS.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Polydipsie datant de quatre ans et guérie par une grossesse.

Mme G***, habitant l'Algérie depuis plusieurs années, et étant de passage à Marseille, me fit appeler pour lui donner quelques conseils. Je trouvai une femme âgée de vingt-huit ans, à peau blanche, teint coloré, cheveux blonds, embonpoint ordinaire et n'offrant en aucune façon l'apparence de la maladie.

Elle me raconta que quelques mois après son dernier accouchement, qui remontait à quatre ans, elle éprouva des douleurs de reins se propageant dans les aines; ces douleurs s'accompagnaient d'une leucorrhée assez abondante. Ces symptômes ayant résisté à divers moyens mis en usage par son médecin en Afrique, elle se rendit à Paris où elle consulta M. le professeur Marjolin; celui-ci, après l'avoir examinée au doigt et au spéculum, constata, à ce que croit la malade, de l'engorgement du col utérin, et l'envoya aux eaux d'Enghien prendre des bains, des douches sur les reins et des injections utérines.

A peine avait-elle commencé ce traitement qu'elle fut en proie à une très-grande soif. Celle-ci, qui ne s'accompagnait d'aucune fièvre, acquit tout d'abord des proportions très-considérables. Elle buvait plus de dix litres par jour et urinait à l'avenant. L'appétit était légèrement diminué. Effrayée par cette soif extraordinaire, elle alla à Paris consulter M. Marjolin, qui la rassura et lui prescrivit un traitement par des poudres dont elle ignore la nature. Ce traitement étant resté sans effet, et les affaires de son mari la forçant de quitter Paris, elle retourna en Afrique. Là, elle fit divers traitements : les bains de vapeur purgatifs réitérés et le calomel, entre autres, furent mis en usage, mais sans aucun résultat.

Son mari étant venu à Marseille pour affaires, elle l'y accompagna; et, voulant profiter de son séjour dans cette ville pour consulter un médecin, je fus appelé.

Je trouvai cette dame sans fièvre, sans chaleur ni sécheresse à la

peau. Sa langue était à l'état normal, un peu plus sèche qu'elle n'est d'ordinaire. Son appétit était un peu diminué, la digestion un peu laborieuse. Par suite d'un ballonnement assez considérable du ventre, il existait une légère constipation. Les menstrues étaient régulières. Le sang qu'elle perdait était coloré. Le cœur et les vaisseaux ne présentaient aucun bruit de souffle. Les sens s'exerçaient tous avec intégrité.

Les maux de reins, qui l'avaient conduite à consulter M. Marjolin, avaient diminué mais existaient toujours, surtout après la fatigue, et devenaient plus prononcés à l'époque des règles. Une leucorrhée assez abondante existait.

La soif était extrême. Elle but cinq fois pendant la durée de ma visite. Ayant fait mesurer la quantité de liquide qu'elle ingérait hors des repas, — car pendant les repas la soif ne s'éloignait pas beaucoup des proportions normales, et cette quantité avait été négligée, — elle buvait 15 litres par jour et rendait 14 litres d'urine.

Celle-ci, légèrement acide, pesant 1008, était claire, limpide, presque sans couleur, n'exhalant aucune odeur, même après avoir séjourné vingt-quatre heures dans un vase, et cela pendant le mois de juillet. L'analyse n'y a trouvé ni albumine ni sucre. Après avoir essayé diverses espèces do boissons : eau vineuse, bière, limonade, cotte dame ne buvait plus que de l'eau pure. Cette soif, qui interrompait son sommeil, avait peu varié depuis le début do la maladio; elle n'avait diminué que lorsquo la malade avait été attointe de petits mouvements fébriles, tels que des courbatures, circonstance que cette dame rappelait avec étonnement et regardait comme une bizarrerie.

Quoique d'un naturel fort patient, elle supportait avec grande peine cette maladie, qui lui défendait de s'absenter de chez elle, dans la crainte de ne pouvoir satisfaire son besoin de boire ou d'uriner. Je lui conseillai de prendre tous les matins, au sortir du lit, un bain entier froid de courte durée. Je fis mettre du quinquina jaune dans l'eau qu'elle buvait. Je lui fis prendre, toutes les deux heures, une pilule composée de 1 centigramme d'extrait thébaïque et de 1 décigramme d'extrait de valériane.

Je la sollicitai vainement de se soumettre à l'examen de l'utérus : elle s'y refusa absolument, prétendant que tous ses maux dataient de l'examen qui avait été fait par M. Marjolin.

Rien ne put vaincre sa résistance, et je dus m'en tenir au traitement que j'avais institué. Celui-ci fut continué pendant un mois avec la plus grande régularité, mais sans aucun résultat.

Il se passa pendant sa durée un fait qui troubla profondément le moral de la malade et me donna quelque espérance. Son pauvre enfant, âgé de quatre ans, sortit sans qu'on s'en aperçût de l'hôtel qu'elle habitait, et ne fut retrouvé que cinq ou six heures après et dans un quartier éloigné.

L'angoisse de la mère fut extrême : elle voyait son enfant écrasé par une voiture ou emmené loin d'elle pour jamais. Cette agitation alla jusqu'au délire, lequel persista même après que l'enfant fut retrouvé le lendemain. La soif avait diminué d'une manière notable : j'entrevoyais une amélioration. Vain espoir ! le jour suivant, les symptômes avaient reparu. Cette dame repartit pour l'Afrique sans changement, et ayant perdu toute espérance de guérison ; j'avoue que, sachant la difficulté de guérir cette maladie, je ne combattais que faiblement ses pensées.

Je l'avais perdue de vue, quand deux ans après cette dame revint à Marseille et me fit appeler. Je la trouvai allaitant un enfant d'un an, légèrement indisposé et pour lequel elle réclamait mes conseils. Je me hâtai de lui demander des nouvelles de sa polydipsie ; elle me raconta que, trois mois après son départ de Marseille, elle était devenue enceinte ; que, dès le début de sa grossesse, sa soif avait notablement diminué, et qu'elle avait disparu tout à fait dès le troisième mois de la grossesse. Son état général était toujours excellent, son appétit fort bon ; le ballonnement du ventre avait disparu ; les menstrues n'étaient pas revenues encore ; elle avait une grande abondance de lait, son enfant était très-bien, les maux de reins et les leucorrhées d'autrefois avaient cessé. La soif et la sécrétion urinaire étaient à l'état normal.

Cette dame retourna en Afrique après un court séjour à Marseille, et, bien que je l'eusse priée de m'écrire si sa polydipsie reparaissait après le sevrage, je n'ai plus eu de ses nouvelles et plusieurs années se sont écoulées depuis.

Cette observation est un témoignage en faveur de la nature nerveuse de la polydipsie. Il y a lieu de croire que cette perversion de la sensibilité gastrique était sous la dépendance d'un état pathologique de l'utérus, quelque déviation sans doute que la grossesse a fait disparaître. La cessation de l'allaitement a-t-elle laissé la maladie revenir ? c'est ce que je regrette de n'avoir pu constater. L'absence de nouvelles est une preuve du maintien de la guérison.

Je regrette également de n'avoir pas insisté davantage pour obtenir l'examen de l'utérus ; l'amélioration que la grossesse a produite

me permet de supposer que j'aurais peut-être trouvé du côté de cet organe la cause de la maladie et un moyen de guérison.

Ce fait me paraît devoir commander l'attention du côté de l'utérus aux médecins qui auront la rare occasion de rencontrer un cas de polydipsie chez une femme jeune encore. Je dis rare occasion ; car, dans le cours d'une longue carrière, je n'ai observé que ce seul cas, et cette maladie, sans menacer l'existence, est si incommode et offre une si grande résistance aux divers traitements employés contre elle, que la moindre chance de soulagement doit être saisie avec empressement. Du reste, cette vue théorique que je signale n'a rien qui s'éloigne de ce que nous savons de l'action sympathique de l'utérus sur l'estomac. J'ai vu, il y a quelque temps, une dame atteinte de vomissements incoercibles qui duraient depuis plusieurs mois et qui l'avaient réduite à un état d'amaigrissement tel que chacun la considérait comme en proie à une affection profonde de l'estomac, et vouée à une mort certaine et prochaine. L'examen de l'utérus, qui n'avait pas été fait, me révéla l'existence d'une antéversion considérable. L'application d'un pessaire guérit cette dame d'une manière presque instantanée.

GIRARD,
Professeur de clinique interne à l'Ecole préparatoire de Marseille.

BULLETIN DES HOPITAUX.

TROIS OBSERVATIONS DE KYSTES DE L'OVAIRE TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR LA PONCTION ET LA COMPRESSION. — La ponction des kystes de l'ovaire ne peut être à tort considérée comme un simple traitement palliatif de cette affection. Il existe, en effet, dans la science un certain nombre de cas dans lesquels cette ponction a été suivie de guérison, tantôt momentanée, tantôt définitive. En y ajoutant la compression, comme l'a fait dans ces derniers temps M. Baker-Brown, on accroîtrait peut-être encore les chances de guérison ; et c'est pour encourager les médecins à s'engager dans cette voie que nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs les trois nouveaux faits que ce chirurgien a communiqués à la Société médicale de Londres.

Obs. I. Mme C***, trente-six ans, mariée, entre au Surgical Home de Londres, le 21 juillet 1859. Depuis huit ou neuf ans, elle était

très-sujette à de violentes dyspepsies, avec menstruation douloureuse et irrégulière ; et, aux périodes cataméniales, elle avait un gonflement considérable de l'abdomen. Mariée depuis dix ou douze ans, elle n'avait jamais eu d'enfants. Trois ans auparavant, elle avait reconnu un gonflement dans la partie inférieure de l'abdomen du côté gauche, avec douleur vive à ce niveau. La tumeur avait augmenté graduellement de volume. Les diurétiques et les résolutifs avaient été employés sans succès pendant plusieurs mois.

M. Baker-Brown reconnut dans le côté gauche du ventre une tumeur manifestement fluctuante, appartenant à l'ovaire et uniloculaire. La ponction fut pratiquée le 1er août sur la ligne médiane ; elle donna issue à trois ou quatre pintes d'un liquide séro-sanguinolent. La compression avec des bandes de flanelle et des tampons fut pratiquée immédiatement et conservée pendant un mois ; après quoi elle retourna dans sa famille. Revenue trois mois après, M. Brown constata dans la fosse iliaque gauche le moignon du kyste. Au mois d'octobre 1860, la santé était très-bonne ; aucune trace de récidive.

Obs. II. E. S***, vingt et un ans, non mariée, entre le 23 juillet 1859 ; malade depuis trois ans, époque à laquelle elle a découvert un léger gonflement dans le côté gauche, qui a toujours été en augmentant. Le kyste uniloculaire fut ponctionné du côté gauche, au niveau de la ligne semi-lunaire, le 4 août ; issue de neuf pintes et demie d'un liquide pâle, très-fluide et légèrement albumineux ; compression avec des sacs de son et plus de vingt mètres de bandes de flanelle. Cette compression fut continuée jusqu'au 4 octobre. Pas l'ombre de fluctuation. Depuis ce moment, amélioration graduelle de la santé. La malade est restée infirmière pendant neuf mois dans la maison ; son rétablissement ne s'est pas démenti.

Obs. III. S. D***, vingt et un ans, non mariée, entre le 7 octobre 1859 ; malade depuis six ou sept ans, règles toujours régulières. L'abdomen a augmenté graduellement de volume, jusqu'aux derniers trois mois, où la tuméfaction a été rapide. Santé générale toujours bonne ; inconvénients résultant seulement du poids de la tumeur. Le kyste uniloculaire fut ponctionné le 22 octobre du côté gauche ; issue de vingt-deux pintes d'une sérosité très-liquide, pâle et légèrement albumineuse ; compression avec les sacs et les bandes de flanelle. La malade se plaint de la pression dans les premières vingt-quatre heures, puis elle s'y habitue et la garde pendant un mois. Pas de récidive jusqu'à ce moment.

On ne saurait contester aux faits précédents d'être véritablement satisfaisants ; une seule objection se présente, c'est que la guérison est encore bien récente et qu'une récidive n'est pas impossible. Mais dans la discussion qui a suivi cette communication, M. Brown a fait connaître des faits plus concluants encore et desquels il résulte que certaines malades ont pu se marier et avoir des enfants sans que la maladie se soit reproduite. Il nous semble donc qu'il y aurait de l'imprudence à négliger la compression dans tous les cas de ponction des kystes uniloculaires ; et quelque confiance que nous ayons dans les injections iodées, nous ne pouvons pas établir même une comparaison entre une méthode inoffensive, comme la compression, et des injections médicamenteuses, qui ne peuvent pas être sans danger.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Alun *et tannin en insufflations dans le traitement de la diphthérie. Emploi de la solution alumineuse benzinée.* A l'occasion d'une lettre, adressée par M. Loiseau à l'*Union médicale*, sur l'emploi des insufflations d'alun et de tannin dans la diphthérie, M. Trousseau, dans une note insérée par le même journal, apprécie en ces termes les effets de cette médication :

« Il est vrai, dit-il, que dans les épidémies de diphthérie qui ont sévi dans les départements d'Indre-et-Loire, de Loir-et-Cher et du Loiret, de 1818 à 1828, l'affection pharyngienne cédait avec facilité à des insufflations d'alun pratiquées fréquemment, et à des cautérisations faites avec l'acide hydrochlorique ou le nitrate d'argent. Il est très-vrai que, lorsque le mal était attaqué à son début, il ne fallait guère plus de quatre à cinq jours de traitement. Mais, depuis une dizaine d'années, la diphthérie a pris, à Paris et dans la plupart des départements, une gravité, une malignité qu'elle était loin d'avoir, il y a trente ans ; et je déclare que, depuis bien longtemps déjà, je ne vois plus guérir en trois, quatre et cinq jours les véritables diphthéries pharyngiennes. Je vois guérir en vingt-quatre et quarante-huit heures l'angine couenneuse commune ou l'herpès guttural, mais non la diphthérie réelle, telle que nous l'observons trop souvent. J'emploie la même médication que M. Loiseau, j'insuffle dans la gorge toutes les deux heures, toutes les heures même, alternativement, un mélange à parties égales d'alun et de sucre, et un pareil mélange de tannin. De temps en temps, avec un pinceau un peu rude, j'écouvillonne la luette et les amygdales avant de faire les insufflations, afin que les agents médicamenteux soient mis directement en contact avec la membrane muqueuse ; et je m'estime bien heureux si, après dix jours de traitement, je vois disparaître toute trace de fausses membranes. »

Chez cinq adultes que M. Trousseau a eu à traiter depuis quelques mois, le mal a duré une fois neuf jours, et les autres fois plus de quinze jours. Il est difficile au début, ajoute-t-il, de distinguer de la diphthérie un herpès du pharynx, surtout chez les enfants ; et quoique, dans le doute, je conseille le traitement par l'alun et le tannin, je ne crois pas avoir guéri une diphthérie tonsillaire, si, après vingt-quatre heures, je ne vois plus dans la gorge de concrétions pelliculaires.

M. Bouchardat, à cette occasion, propose de substituer à l'alun en poudre, qui n'atteint pas toujours toutes les parties que l'on désire modifier, une solution alumineuse benzinée à 1,25 de densité, qui contient plus de la moitié de son poids de sulfate d'alumine, saturé par l'hydrate d'alumine

en gelée, et chargé des principes solubles du benjoin. M. Bouchardat avoue n'avoir pas d'expérience personnelle, mais il a fait appliquer bien souvent, dit-il, cette solution avec des résultats remarquables, dans des cas d'inflammations variées de la gorge à leur début et d'herpès chronique du pharynx. Il pense que dans les cas d'extinction de voix, où l'on emploie avec tant d'avantage le gargarisme à l'alun de Bennati, on obtiendrait un effet plus radical et plus prompt en touchant les parties de l'arrière-bouche, qui commencent à être le siége de rougeur ou de gonflement, à l'aide d'un pinceau imbibé do solution alumineuse benziuée.

C'est surtout comme désinfectant que la solution alumineuse benzinée lui a paru rendre d'évidents services. C'est ainsi qu'il a pu guérir en quelques jours un malade atteint d'ozène, et modifier avantageusement une cystite chronique avec putridité des urines, à l'aide d'irrigations d'eau additionnée de la solution en question. (*Répert. de pharmacie*, octobre 1860)

Anévrysmes. *Traitement par la compression digitale.* Nous avons plusieurs fois déjà signalé à nos lecteurs les bons résultats obtenus par la compression digitale dans le traitement des anévrysmes. Dans uno question pratique aussi importante que celle-là, il importe de ne négliger aucun fait, favorable ou contraire, capable de concourir à l'appréciation définitive de cette méthode. Voici un petit groupe de faits qui portent avec eux, sous ce rapport, leur part d'enseignement. Il y a un an environ, M. Verneuil communiqua à la Société de chirurgie l'observation d'un *anévrysme traumatique de l'artère cubitale* à la paume de la main, guéri par la compression digitale. Ce fait était important en ce qu'il démontrait la possibilité d'étendre la compression digitale à une classe d'anévrysmes dont la cure n'est toujours ni très-facile, ni très-innocente. Un succès analogue, dans un cas d'anévrysme de la main, a été publié récemment par M. le docteur Winkelhofer, de Szanto (Hongrie). L'anévrysme, siégeant sur l'artère collatérale palmaire radiale du pouce, s'était produit à la suite d'une plaie; il datait de quelques jours et avait acquis le volume d'un œuf de pigeon. La plaie n'était pas encore cicatrisée; elle avait un aspect gangréneux ; toute l'extrémité était œdématiée, et l'état général du malade était loin d'être bon. La compression digitale de l'artère humérale fut faite alternativement par M. Winkelhofer et un confrère, d'une manière intermittente, pendant plusieurs heures tous les jours. Dès le deuxième jour, les battements commençaient à s'affaiblir dans la tumeur; ils avaient complétement disparu au bout de huit jours; la tumeur avait diminué des deux tiers, elle était dure et insensible. Huit semaines après l'accident, il ne restait aucune trace de l'anévrysme ; la plaie cutanée n'était pas encore complétement cicatrisée.

La compression digitale triomphera-t-elle aussi facilement de tous les anévrysmes de la main, et notamment de ceux de l'arcade palmaire? On aurait sans doute tort de l'espérer. M. le docteur Herrgott, professeur agrégé à Strasbourg, a échoué dans un cas de ce genre (anévrysme de l'arcade palmaire superficielle) et a dû recourir à la ligature. Il est bon toutefois de savoir que la compression, pour réussir, exige quelquefois d'être faite pendant un temps assez long. Il paraît, en outre, que, chez le même sujet, le sang peut être très-inégalement disposé à fournir des caillots actifs à différentes époques et sous l'influence de causes qui nous échappent. En voici un exemple remarquable :

Un homme âgé de trente-neuf ans entre à l'hôpital de Fiume, avec un anévrysme du jarret droit, datant de deux mois, et qui mesurait environ deux pouces et demi dans tous les sens. La compression digitale fut faite pendant douze à seize heures par jour. Au bout de huit jours, l'anévrysme n'était nullement modifié, et la circulation s'accélérait beaucoup ; on administra la digitale, on pratiqua des applications froides et une saignée. Le sang montra fort peu de tendance à se coaguler, circonstance qui fit porter un pronostic assez défavorable. On n'en continua pas moins la compression digitale; en outre, dans les intervalles libres, on appliqua sur l'artère crurale le compresseur de Signorini. Au bout de quinze jours, ce traitement n'avait encore produit aucune modification matérielle dans l'état de l'anévrysme ; cependant le malade était délivré des douleurs intolérables qu'il avait éprouvées jusque-là dans le creux poplité. Le malade recula devant la ligature, qui lui fut proposée, quitta l'hôpital et se livra pendant quelques jours à ses occupations. Puis,

éprouvant de nouveau des douleurs dans le jarret, il se mit au lit et essaya lui-même la compression digitale pendant deux heures et demie par jour. Après avoir continué ce traitement pendant quelque temps, il alla se présenter chez le chirurgien, qui constata que l'anévrysme était oblitéré ; il n'en restait qu'un noyau assez dur, d'un pouce de diamètre.

La compression digitale exercée par le malade lui-même pendant 66 jours, dont 15 de repos au lit, avait eu en tout une durée de 165 heures. En y ajoutant la durée du traitement fait à l'hôpital, on a un total de 80 jours, dont 26 jours au lit, et de 247 heures de compression digitale. (*Œsterreichische Zeitschrift*, etc., et *Gazette hebd.*, septembre 1860.)

Café (*Nouveau fait de hernie ayant résisté au taxis, réduite après l'emploi du*). Nous continuons à enregistrer les faits qui viennent à notre connaissance et qui tendent à prouver l'efficacité de l'infusion de café à haute dose dans les cas de hernie étranglée.

Un homme, porteur d'une hernie inguinale déjà ancienne que M. le docteur Pautrier avait été plusieurs fois appelé à réduire, vint de nouveau trouver ce médecin pour le même motif. La hernie, marronnée, à son mat, résista cette fois complétement aux efforts du taxis. Avant de se décider à une opération que l'état du malade ne rendait pas urgente, il vint à l'idée de notre confrère d'essayer, en attendant, l'effet du café à haute dose. En conséquence, après avoir placé le malade le bassin relevé, dans une position favorable à la rentrée des intestins herniés, il ordonna une forte décoction de café à prendre par tasses, de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à douze fois, et il partit en recommandant qu'un lui donnât le même soir des nouvelles du malade. En conséquence de cette recommandation, on vint dans la soirée lui annoncer que le malade était guéri, et le lendemain celui-ci lui racontait qu'après avoir pris quelques tasses de l'infusion de café, il était survenu dans son ventre de grands borborygmes et que tout d'un coup la hernie était rentrée d'elle-même. (*Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire*, t. I, p. 426.)

Chélidoine. *Son emploi comme topique vulnéraire.* Les anciens faisaient un grand usage de cette plante, et c'est injustement que nous la délaissons, car elle possède des principes actifs qui lui supposent des propriétés thérapeutiques non équivoques, et qui ont besoin seulement d'être appréciées par une expérimentation chimique rigoureuse. C'est sur les bons effets topiques de cette plante que M. le docteur Sacc, chimiste à Wesserling, appelle l'attention des praticiens. Suivant cet auteur, l'action vulnéraire de la chélidoine l'emporterait de beaucoup sur celle de l'arnica. Dans tout le midi, la grande chélidoine est employée pour prévenir et combattre les inflammations traumatiques, et cela, dit M. Sacc, avec une sûreté que je ne reconnais à aucun autre vulnéraire. Aussi, à Marseille, où la plante est toujours en pleine végétation, elle constitue un remède populaire; on en trouve quelques pieds dans tous les jardins. M. Sacc cite à l'appui de cette action trois faits qui témoignent des bons effets topiques de la chélidoine. Pour les pays du nord, où cette plante disparaît l'hiver, ce chimiste conseille de préparer avec les feuilles de chélidoine une teinture alcoolique au centième. Si notre mémoire ne nous fait pas défaut, les analyses chimiques de MM. Chevalier et Lassaigne ont prouvé que la racine était plus riche en principes actifs que la plante. Mieux vaudrait donc se servir de cette partie. (*Echo médical suisse*, novembre.)

Corps étranger (*Paralysie partielle de la main causée par un*). Nous avons maintes fois rapporté dans notre Répertoire médical, et notamment en 1857 (t. LII, p. 87), des cas de corps étrangers qui, ayant pénétré dans les tissus et étant restés méconnus, avaient donné lieu à des accidents plus ou moins sérieux et toujours rebelles jusqu'à ce qu'un diagnostic plus sagace ou plus heureux fût venu conduire au seul traitement efficace. Nous devons à M. le docteur Giraud, de Saint-Etienne, un nouvel exemple de ce genre.

Il s'agit d'un jeune soldat qui avait reçu à la main droite une balle arrivée par ricochet. Le chirurgien qui l'avait pansé avait extrait un fragment d'os, mais il avait inutilement cherché la balle, et, n'ayant pu réussir à la trouver, il avait conclu que le projectile était sorti, conclusion jusqu'à un certain point justifiée par l'existence d'une plaie qui, siégeant à l'opposite de celle par laquelle la balle était entrée, pouvait être regardée comme

l'ouverture de sortie. La plaie avait guéri assez rapidement, en un mois environ ; mais il était resté à la suite une tumeur dure ressemblant à un cal vicieux, pour lequel on l'avait prise en effet, et une abolition presque complète du mouvement des trois premiers doigts de la main, infirmité qui avait motivé sa mise à la réforme. Trois années après, M. Giraud, consulté par le blessé, soupçonnant dans cette tumeur prétendue osseuse la présence d'un corps étranger jusque-là méconnu, tenta une opération qui fut couronnée d'un succès complet. A la suite de l'extraction d'une balle conique, les mouvements des doigts paralysés se sont rétablis graduellement ; le bras, qui avait maigri, a repris son volume normal, et aujourd'hui le seul vestige de l'ancienne blessure est une cicatrice difforme qui n'empêche pas le jeune homme de se livrer à son rude travail de forgeron. (*Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire*, t. I, p. 432.)

Croup (*Emploi du carbonate de potasse dans le*). Les quelques travaux publiés en France à l'appui des bons effets des alcalins dans le traitement de cette terrible affection nous engagent à enregistrer les essais qui se produisent dans les autres pays. Déjà, l'année dernière, M. Luzsinski (de Vienne) avait vanté beaucoup un traitement qui avait pour base le carbonate de soude. M. Hellway, après avoir rappelé que ce traitement n'est rien moins que nouveau et cité quelques-uns des auteurs qui l'ont employé il y a longtemps, dit que lui-même prescrit le carbonate de potasse dans tous les cas de croup. Après avoir administré un vomitif, M. Hellway fait prendre une potion composée de 2 grammes de carbonate de potasse dissous dans 150 grammes d'eau de fenouil et 30 grammes de sirop de polygala, que l'on donne à la dose d'une cuillerée toutes les demi-heures. Dans les cas graves, il donne de 5 à 10 centigrammes de carbonate toutes les demi-heures et quelquefois répète le vomitif. (*Jour. für. Kinderkrank.* et *Gazette médicale*, novembre.)

Glycérolé au chlorate de potasse *comme topique désinfectant*. Des expériences instituées à Bicêtre, d'après les indications de M. Martinet, dans le service de M. Desprès, dont la chirurgie déplore la perte récente, ont fait constater des propriétés désinfectantes assez remarquables dans un mélange de glycérine et de chlorate de potasse, d'après la formule suivante :

Chlorate de potasse en poudre.	10 grammes.
Glycérine.	100 grammes.

Mêlez.

Voici, d'après M. Martinet, les propriétés que des essais, multipliés et répétés depuis dans d'autres services, ont mis à même de constater dans cette préparation :

1° Un pouvoir désinfectant marqué (dû peut-être seulement, pense-t-il, au changement de sécrétion qu'il détermine, à la modification qu'il imprime à la plaie).

2° La propriété de donner au pus, même séreux, une consistance quelquefois crémeuse, mais toujours très-marquée, relativement à l'état qui en précédait l'emploi.

Peut-être, dit M. Martinet, n'est-ce là qu'un effet physique dû à l'avidité de la glycérine pour l'eau qu'elle soustrairait ainsi au pus ; il est de fait qu'il a trouvé souvent l'appareil de pansement très-humide, alors que le glycérolé n'avait pu que mouiller les pièces les plus intérieures. Tout en étant disposé à accorder à ce phénomène physique une part dans la production de l'épaississement du pus, il croit cependant qu'il faut l'attribuer aussi en partie à la modification favorable qu'éprouve en même temps la plaie. Cet épaississement du pus l'a conduit à se demander si le glycérolé de potasse ne pourrait pas avoir une action préventive dans certains cas d'affection purulente et d'infection putride. Il s'autorise, pour faire cette supposition, de ce fait souvent observé, que ces deux graves maladies semblent en général coïncider avec la présence d'un pus séreux et mal lié, et ensuite de l'opinion de quelques auteurs, comme MM. Hardy et Béhier, qui pensent que le liquide constituerait la partie importante du pus, le globule n'ayant alors qu'une action secondaire. Dans ces circonstances, le glycérolé de potasse ne pourrait-il agir d'une part en absorbant le liquide, de l'autre en modifiant l'état de la plaie ? C'est là une hypothèse à vérifier.

Un autre avantage du glycérolé, et qui tient aux propriétés de la glycérine, c'est d'empêcher les pièces de pansement d'adhérer aux bords des plaies. Enfin, M. Martinet a constaté que le glycérolé de chlorate de potasse ne convient pas sur des plaies d'un

rouge vif, ni sur celles qui sont récentes ou de belle apparence. (*Répert. de pharmacie*, octobre 1860.)

Hernie inguinale (*Cure radicale d'une*) *au moyen d'un séton*. Le malade, homme robuste, âgé de trente-cinq ans, était atteint de hernie inguinale du côté droit. Cette hernie, du volume à peu près d'un œuf, se réduisait facilement; mais elle ne pouvait être contenue facilement par aucun bandage, et depuis une année elle rendait tout travail impossible. Dans ces circonstances, on résolut de tenter la cure radicale. Un séton, de la grosseur à peu près d'un écheveau de soie à coudre, imbibé de teinture d'iode, fut passé, au moyen de l'aiguille du docteur Rigg dans toute la longueur du canal inguinal, et laissé en place pendant quarante-huit heures. Il s'ensuivit une inflammation peu intense, sans douleur, qui, le troisième jour, avait déterminé dans le canal un dépôt de lymphe plastique. Le malade put quitter le lit au bout de deux semaines et marcher dans la maison en portant un bandage qui n'exerçait qu'une compression modérée pour ne pas amener la résorption de la matière plastique épanchée. Cet homme, au moment de la publication du fait, ne présentait plus trace de hernie et il avait repris ses occupations; par mesure de précaution, on lui avait recommandé de porter un bandage quand il aurait à faire de grands efforts, jusqu'à ce qu'une consolidation solide fût parfaitement assurée. La méthode de Mösner, qui est regardée comme n'étant applicable qu'aux hernies peu anciennes et peu volumineuses, paraît avoir trouvé une indication légitime dans ce cas, publié par le docteur Rublee, où elle a eu du reste un succès auquel toutefois il manque peut-être encore la consécration du temps. Nos lecteurs auront remarqué l'addition de la teinture d'iode au séton, addition qui a permis de laisser celui-ci en place pendant moins de temps qu'on ne le fait dans le procédé de Mösner. (*Boston med. Journ.*, vol. LXI, p. 70, et *Med. Times and Gazette*, 21 juillet 1860.)

Opération césarienne *pratiquée à sept mois de grossesse sur une femme morte d'apoplexie. Enfant vivant*. Le 1er avril dernier, M. le docteur Bonnet, professeur d'accouchements à Poitiers, fut appelé auprès d'une femme enceinte de sept mois et que l'on disait être en mal d'enfant; il la trouva sans connaissance et sans mouvement. Tout le côté gauche était paralysé. Dans le côté droit, les mouvements et la sensibilité étaient conservés, mais affaiblis. Le pouls était lent, 60 à 65. La respiration était peu gênée; les traits de la face étaient réguliers, et les pupilles resserrées. Le toucher ne faisait reconnaître aucun commencement de travail. L'enfant se présentait par la tête, qui était déjà engagée au détroit supérieur. Des sinapismes avaient été appliqués sur les jambes. On pratiqua de suite une saignée de 100 grammes. Mais, trois heures après, la malade était à l'agonie. Un vésicatoire à l'ammoniaque, appliqué sur l'une des jambes, ne produisit aucun effet. L'auscultation permit de constater très-facilement les bruits du cœur de l'enfant. L'asphyxie augmentant de seconde en seconde, et les battements du cœur de la mère se ralentissant graduellement, M. Bonnet se tint prêt à faire l'opération césarienne. En effet, dès que le cœur eût cessé de battre, M. Bonnet procéda à une opération dont il serait superflu de décrire ici les détails, et il fut assez heureux pour amener un enfant qui, après quelques minutes, commença à faire quelques légères inspirations et poussa quelques vagissements un quart d'heure environ plus tard.

Ce fait n'a sans doute rien en soi d'extraordinaire, bien que des résultats semblables soient cependant assez rares, mais si nous le rapportons ici, c'est moins pour ce résultat en lui-même que pour les questions qu'il soulève et les considérations importantes qu'il a inspirées à notre savant confrère de Poitiers.

On pourrait se demander d'abord si la vie de la mère était bien complétement éteinte lorsqu'on a pratiqué l'opération: à quoi M. Bonnet répond qu'il est certain que l'on a vu des individus être rappelés à la vie plus de vingt minutes ou une demi-heure après la cessation des battements du cœur; mais que si dans ce cas on avait attendu vingt minutes pour faire l'opération on aurait eu deux cadavres. D'ailleurs, malgré l'extrême difficulté de distinguer la mort réelle de la mort apparente, il n'y avait ici guère lieu d'hésiter, ayant suivi pour ainsi dire pas à pas la décroissance des battements du cœur jusqu'à leur cessation complète. Les pupilles, qui dans les cas ordinaires fournissent un autre signe

précieux, ne pouvaient être d'aucune utilité dans le cas actuel, cette femme succombant à un épanchement de sang dans le cerveau. Mais comme le vésicatoire ammoniacal n'avait ni formé d'ampoule ni même développé la moindre rougeur sur la peau, comme à la longue incision de la ligne blanche il ne s'était pas écoulé une seule goutte de sang, et qu'enfin tous les sphincters étaient relâchés (la femme avait uriné sous elle avant l'opération), tout concourait à démontrer que la mort était bien réelle. C'est d'ailleurs dans des conditions toutes différentes de celles qui s'étaient présentées ici qu'a lieu la mort apparente. C'est ordinairement à la suite d'une chute, d'une commotion cérébrale ou de l'action d'un agent anesthésique, chez des sujets hystériques ou cataleptiques, que se montrent les phénomènes capables de faire supposer une mort qui n'est point réelle. Rien de semblable dans l'espèce ; c'est à une maladie bien connue dans sa marche et dans ses effets que la malade a succombé. Enfin, en supposant même que la mort ne fût pas réelle, l'intérêt de la conservation d'un enfant dont la vie était certaine n'autorisait-elle pas à pratiquer une opération qui, dans cette hypothèse même, n'est pas absolument condamnable, puisqu'elle n'entraîne pas nécessairement la mort? Tels sont les motifs qui ont dirigé M. Bonnet dans sa conduite et que l'on ne peut qu'admettre, à notre avis.

L'enfant retiré du sein de sa mère ne donna pas tout d'abord signe de vie ; cependant les pulsations étaient appréciables dans le cordon, ce qui prouve que la circulation se continue encore dans le placenta, quelques minutes après la mort de la mère, et ce qui doit engager le médecin, après l'accouchement, lorsque l'enfant naît asphyxié, à le laisser quelque temps uni au placenta. Il serait difficile de dire après combien de temps elle s'arrêterait ; mais ce temps sera d'autant plus long que la femme aura été moins affaiblie par la maladie et que la mort sera survenue plus rapidement. L'enfant, d'après le degré de développement, le poids et la taille, devait avoir au moins sept mois de gestation, ce qui répondait aux appréciations de la mère. Au moment où M. Bonnet a écrit la relation de ce fait, il avait soixante-dix jours d'existence, ce qui doit donner l'espoir de le conserver. (*Union médicale de la Gironde*, septembre 1860.)

VARIÉTÉS.

Séance annuelle de rentrée de la Faculté de médecine. — Eloge de M. Bérard. — Distribution des prix.

La Faculté de médecine de Paris a tenu sa séance de rentrée le jeudi 22 novembre, sous la présidence de M. le professeur Gavarret. L'affluence des élèves était considérable : ils venaient entendre l'éloge d'un maître aimé, et que devait prononcer un professeur qui ne leur est pas moins cher, M. Gosselin. Voici ce discours :

Messieurs,

Dans la solennité qui nous rassemble, la Faculté de médecine ne se propose pas seulement de distribuer des couronnes et des témoignages publics de satisfaction aux élèves qui s'en sont montrés dignes, elle a coutume aussi de payer, à ceux de ses membres qui ne sont plus, un tribut de reconnaissance et d'affection. Pour obéir à ce pieux usage, je porte mes regards sur les places que la mort a laissées vides dans nos rangs. J'ai d'abord le regret de ne plus trouver ici celui qui y manque pour la première fois depuis plus de soixante ans, le vénérable Duméril, dont la verte vieillesse portait, avec une si douce simplicité, un savoir vraiment encyclopédique, et qui, par l'élévation de ses sentiments, s'est fait, jusqu'au dernier jour, estimer et chérir.

Nous avons vu tomber aussi, et tomber avant le temps, éprouvé par de longues souffrances, un agrégé libre qui a laissé parmi nous les plus beaux souvenirs : Lenoir était de ces chirurgiens qui, formés aux leçons de Marjolin et de Dupuytren, se sont fait remarquer surtout par leur habileté dans la pratique. Nous devions un hommage à sa mémoire, non-seulement parce qu'il faillit

devenir professeur, mais aussi parce qu'il a porté avec noblesse son titre de chirurgien, et parce que des hommes tels que lui honorent toutes les corporations auxquelles ils ont appartenu.

Mais une autre perte nous avait attristés depuis plus longtemps,et la Faculté a voulu que la séance de ce jour fût principalement consacrée à la mémoire de son ancien professeur de physiologie, de P. Bérard, ce savant qui enseignait si bien, ce collègue plein d'aménité qui a compté ici un si grand nombre d'amis, cet homme simple et bon, qui n'avait eu d'autre ambition que d'occuper une chaire, et qui, sans avoir cherché ni les places ni les honneurs, est devenu, par la force des choses, doyen de cette École, inspecteur général de l'enseignement supérieur, membre et président de l'Académie impériale de médecine, chirurgien consultant de l'empereur, officier de la Légion d'honneur.

Je ne dissimulerai pas l'émotion qui s'empare de moi au début de cette tâche imposée à ma faiblesse. Bérard fut un de mes maîtres. Comment ne pas être troublé par son souvenir, auquel se rattachent les meilleures impressions de ma jeunesse ? Comment louer dignement dans cette enceinte le professeur qui s'y est fait si souvent applaudir, l'orateur qui nous a si vivement intéressés, lorsqu'à cette même place, et dans trois occasions semblables à celle-ci, il a prononcé ses éloquents Éloges de Broussais, de Haller et d'Orfila ?

Cependant un espoir m'encourage, celui d'être juste envers Bérard, en rappelant les services qu'il a rendus à la science et qu'on a déjà trop oubliés ; celui de le faire mieux apprécier, en parlant encore une fois de sa vaste instruction, de son talent, et des belles qualités qui en ont fait un des hommes remarquables de son époque.

Pierre-Honoré Bérard est né en 1797, dans le département du Haut-Rhin ; mais il a passé son enfance et sa première jeunesse à Chalonnes, petite ville des environs d'Angers, et à Angers même, qui est devenu sa patrie d'adoption. Lorsqu'à dix-huit ans, en 1815, il dut choisir un état, les succès de l'Ecole de cette ville l'entraînèrent vers la médecine. Ce n'est pas sans quelque inquiétude que sa famille lui vit prendre cette détermination ; on lui connaissait bien un caractère agréable, un esprit facile, les dispositions les plus heureuses, mais on savait aussi qu'il avait jusque-là préféré aux études sérieuses tous les divertissements de son âge, et que, s'il s'était montré supérieur, c'était seulement à la chasse, à la pêche, et dans l'art musical. Ses amis reconnurent bientôt que, sans avoir l'habitude du travail, il en avait le goût, et qu'il possédait cette ferme volonté de l'homme indépendant qui est décidé à ne devoir son avancement qu'à lui-même. Son zèle se trouva bientôt éveillé par l'émulation que l'Ecole d'Angers entretenait parmi ses élèves. Il y obtint des succès éclatants dans ses premiers concours, et fit présager de bonne heure à ses maîtres l'avenir qui l'attendait dans cette carrière.

L'Ecole d'Angers avait alors pour professeur d'anatomie un médecin aussi instruit que modeste, qui, par le charme et l'assiduité de son enseignement, réussissait à donner à ses élèves, avec des connaissances solides, un amour persévérant pour l'étude. M. Garnier (c'était son nom) mettait toute sa gloire à envoyer de bons élèves à Paris ; il était fier d'avoir initié aux éléments de l'anatomie Béclard, déjà chef des travaux anatomiques de notre Faculté, et que la renommée désignait comme devant y être bientôt professeur. Avec le succès, son ambition s'était accrue ; il voulait donner à Paris un autre professeur, et lorsque Bérard, devenu interne à l'hôpital Saint-Jean, fut chargé de préparer les leçons du cours d'anatomie, M. Garnier reconnut dans son nouveau prosecteur une si rare habileté et tant d'intelligence, qu'il n'épargna aucun soin pour le préparer à devenir cette seconde grande illustration qu'il rêvait pour son Ecole.

Par un hasard heureux, l'Ecole d'Angers avait alors une pléiade d'élèves laborieux, dont les exemples ont eu une incontestable influence sur la nature si souple et si malléable de notre débutant. C'étaient Ollivier, Billard et Hourman, qui ont laissé dans la science des noms si justement honorés ; c'était notre savant et digne confrère, M. Ménière : c'étaient MM. Mirault fils et Lachèze, aujourd'hui les habiles représentants de la profession médicale à Angers. Tous amis de Bérard, ils lui reconnaissaient une grande supériorité et s'étonnaient surtout de sa merveilleuse mémoire. On raconte qu'au début de ses études, il fit un jour avec eux le pari d'apprendre en quelques heures soixante pages de la chirurgie de Boyer, et qu'en effet, à l'heure convenue, il répéta très-exactement et sans hésitation le long article consacré à la fracture du col du fémur.

Une autre circonstance qui devait également influer sur les destinées futures de Bérard se produisit pendant son internat à Angers. Le professeur Orfila venait tous les ans, dans cette ville, présider les jurys médicaux; collègue et ami de Béclard, il y était accueilli avec plus d'empressement que partout ailleurs, et, en reconnaissance des hommages qu'on lui rendait, il portait un intérêt tout particulier aux élèves de cette Ecole. Bérard lui avait été signalé comme un des plus méritants; aussi, lorsqu'il vint continuer ses études à Paris en 1820, trouva-t-il dans Orfila des conseils et un appui qui ne lui ont jamais fait défaut.

Devenu dès ce moment l'auditeur assidu de ce professeur, et celui de Béclard, qui le prit aussi sous son patronage, Bérard se passionna pour les exposés si méthodiques et si lumineux qui ont fait la réputation de ces deux maîtres éminents, et c'est ainsi qu'après avoir envié le sort de M. Garnier, qui, sans jeter d'éclat sur la science, mettait tout son bonheur à l'enseigner, Bérard s'est trouvé amené à prendre pour ses autres modèles Béclard et Orfila, et plus tard à se placer à côté d'eux parmi les vulgarisateurs les plus distingués de notre science.

Une fois à Paris, Bérard, dont les parents étaient sans fortune, dut s'y créer promptement des ressources. Il s'empressa donc de concourir pour les hôpitaux et obtint, comme à Angers, les premières places. Grâce à quelques leçons particulières qu'il put ajouter à son traitement d'interne, il se trouva bientôt en mesure non-seulement de satisfaire ses goûts, modestes alors comme ils l'ont toujours été, mais aussi d'aider son frère, en lui faisant partager ses repas, sa chambre et ses travaux. MM. Dumas (1) et Denonvilliers (2) nous ont déjà tracé, de leurs plumes élégantes, le tableau touchant de ces deux frères, tous deux pauvres et pleins de zèle, tous deux doués des plus belles qualités de l'esprit et du cœur, dont l'aîné instruisait et dirigeait l'autre, et si P. Bérard a montré, par ce dévouement à son frère, qu'il comprenait bien les devoirs de la famille, il a en même temps rendu un service réel à la science et à l'enseignement, car, sans lui, la chirurgie française et l'Ecole de Paris n'auraient pas compté dans Aug. Bérard un de leurs représentants les plus justement estimés.

Ce fut à cette époque que la sœur de Bérard épousa son ancien condisciple d'Angers, Hourman, qui depuis n'a cessé de vivre à côté de ses deux beaux-frères. Intéressante association que celle de ces trois hommes d'élite, marchant ensemble dans la même voie, et guidés par les mêmes sentiments d'honneur et de probité! Combien était douce pour Bérard aîné cette liaison qui paraissait devoir durer longtemps! Mais aussi combien fut cruelle pour lui la séparation, lorsque la mort vint, à peu d'années d'intervalle, lui ravir prématurément ces deux chers confidents de sa pensée intime, qui auraient dû être les soutiens et les consolateurs de ses derniers jours!

Les années qui suivirent l'internat de Bérard à Paris furent marquées par de nouvelles victoires dans les concours; il devint très-facilement aide d'anatomie, prosecteur; puis, en 1827, agrégé dans la section de chirurgie. Il était tellement supérieur dans ces luttes, que jamais son succès n'a été contesté; il avait d'ailleurs trop de loyauté pour demander ce qu'il ne méritait pas; il n'aurait même pas voulu conserver une position que d'autres auraient pu croire mal acquise. Peut-être a-t-il poussé l'honnêteté jusqu'à l'exagération dans son premier concours pour le Bureau central des hôpitaux, en 1827. Ce concours avait été annoncé et commencé pour une seule place; mais, deux autres étant devenues vacantes, l'administration avait demandé trois nominations. Bérard obtient la seconde. Bientôt il apprend que des plaintes s'élèvent, et que la régularité de sa nouvelle promotion est mise en doute. Il se révolte à cette pensée, et, se plaçant aussitôt du côté de ceux qui protestent, il demande avec eux et obtient que le premier des trois (c'était M. Velpeau) reste seul chirurgien du Bureau central, et que la nomination des deux autres, la sienne, par conséquent, soit annulée.

On croira peut-être que cet acte de désintéressement eut promptement sa récompense. Il n'en fut point ainsi; au concours suivant, Maréchal seul fut nommé. Bérard dut attendre un troisième concours, et ce fut la seule fois de sa

(1) Eloge d'Auguste Bérard, à la séance de rentrée de la Faculté, le 3 novembre 1847.

(2) Eloge d'Auguste Bérard, à la Société de chirurgie, dans les *Mémoires* de la Société; in-8, t. IV.

vie qu'il attendit si longtemps. Il fut, du reste, amplement dédommagé, car, le 5 janvier 1831, deux ans après, il était nommé chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine (¹).

L'avancement rapide de Bérard en chirurgie semblait le désigner pour l'exercice et l'enseignement de cette science. Une nouvelle occasion se présenta bientôt de donner la mesure de son mérite dans cette direction. Le concours pour les chaires de professeurs, supprimé depuis longtemps, venait d'être rétabli après la révolution de 1830. Quel heureux événement pour les hommes laborieux de l'époque! Avec quel empressement ils répondirent à cet appel, et justifièrent le changement qui venait de s'opérer! Bérard avait toutes les qualités nécessaires pour briller dans ces luttes; il les aimait passionnément; aussi fut-il des premiers à s'inscrire pour le concours de pathologie externe. Il y parut avec une grande distinction à côté des J. Cloquet, des Sanson, des Blandin, des Velpeau: et, s'il n'eut pas assez d'autorité pour l'emporter sur M. J. Cloquet, que désignaient de beaux travaux antérieurs et la remarquable aisance de sa parole, il subit cependant les épreuves avec assez d'éclat pour laisser peu de doutes sur sa destination à une chaire de chirurgie.

Les circonstances en décidèrent cependant autrement. La physiologie, enseignée jusque-là concurremment avec l'anatomie, venait d'être séparée de cette dernière, et un concours pour la place de professeur de physiologie était annoncé pour le mois de juin 1831. C'est ici, messieurs, que va se montrer avec plus d'évidence que jamais l'étonnante facilité de Bérard. Il ne s'est jusqu'alors occupé de physiologie que d'une manière accessoire. Quatre mois seulement séparent le concours qui vient de finir de celui où va se disputer la nouvelle chaire; comment en si peu de temps rassembler assez de connaissances pour égaler, sinon pour surpasser des compétiteurs plus habitués à ce genre d'étude? Bien d'autres auraient reculé devant l'énormité de la tâche; mais, confiant dans ses habitudes de travail, encouragé par ses précédents si heureux, Bérard n'hésite pas; il s'enferme avec les ouvrages, alors classiques, de Haller, de Richerand, de M. Adelon, les analyse, les commente sans relâche, et se les assimile si bien, que, avec ce bagage promptement amassé, il va pouvoir disputer la place. Les journaux de l'époque nous ont conservé l'histoire de cette lutte mémorable à laquelle ont pris part des concurrents dont la célébrité, alors naissante, a singulièrement grandi depuis. La victoire fut longtemps incertaine. Ne vous en étonnez pas, messieurs, car, parmi les prétendants, on comptait Gerdy, MM. Bouillaud, Velpeau, Bouvier, Trousseau et Piorry; Bérard, néanmoins, fut nommé le 8 juillet 1831; il était à peine âgé de trente-quatre ans.

Nous l'avons entendu plusieurs fois exprimer les impressions qu'avait fait naître en lui ce succès tant désiré et presque inattendu. Heureux de n'avoir plus à lutter désormais contre les nécessités de la vie, et de pouvoir offrir à son frère un appui plus solide, il décida que, pour lui-même, son ambition était satisfaite; qu'il ne rechercherait aucune autre place; qu'il fuirait toute autre occupation, et qu'il se consacrerait exclusivement à la science. Nous verrons bientôt comment les événements l'ont amené peu à peu à modifier ce plan de sa vie; mais deux grandes qualités rehaussent à ce moment le caractère de Bérard: le sentiment du devoir et la simplicité des goûts. Il a compris, en effet, que quatre mois d'études ne suffisent pas pour lui donner le savoir et l'autorité nécessaires, et il voit, dans sa nouvelle position, une fortune de beaucoup supérieure à celle qu'il avait rêvée, à celle dont a besoin sa modeste et laborieuse existence.

Il n'a donc plus désormais qu'un désir, celui de justifier le choix qu'on a fait de lui, et de donner à ce cours, nouveau dans l'amphithéâtre de l'École de médecine, assez d'intérêt pour y attirer les auditeurs, et pour diriger plus que jamais vers la physiologie utile les méditations de la jeunesse. Ce désir s'est amplement réalisé, messieurs: depuis 1832 jusqu'en 1855, époque où la santé de Bérard l'a forcé de s'arrêter, le cours de physiologie a été l'un des plus suivis, et l'un de ceux qui ont jeté le plus d'éclat sur l'École de Paris. C'est que, en effet, on trouvait dans Bérard toutes les qualités qui font réussir le professeur: érudition, clarté, diction facile et élégante, amour de l'enseignement. Sa voix était douce et comme caressante; rien ne lui manquait pour le

(¹) Bérard a donné sa démission de chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, et a obtenu le titre de chirurgien honoraire des hôpitaux, le 31 décembre 1847.

rendre sympathique, et les générations d'élèves qui se sont succédé pendant ces vingt-trois années attesteraient au besoin qu'il fut aussi aimé qu'admiré dans sa chaire.

Mais le moment est venu, messieurs, de jeter un coup d'œil sur l'état de la physiologie à l'époque où Bérard a pris possession de son enseignement, sur la marche qu'il a suivie, et sur l'impulsion qu'il a donnée à cette branche intéressante de nos études médicales.

Deux grands hommes, dont la carrière s'était terminée à la fin du siècle précédent et au commencement de celui-ci, avaient jeté sur cette science un éclat qui durait et dure encore.

Haller avait rassemblé dans un ouvrage immense, qui est resté un modèle d'érudition, toutes les notions physiologiques disséminées jusque-là dans les traités d'anatomie et dans ceux de médecine proprement dite. Il y avait fort bien mis en évidence les deux objets principaux dont s'occupe la science des fonctions : les faits et les explications théoriques. Par ses expériences sur les animaux, il avait élargi le champ de l'observation ; par ses critiques si sages adressées à l'iatrochimie de Sylvius et à l'animisme de Stahl, il avait fait reculer les hypothèses qui encombraient la science, et sa théorie de l'irritabilité avait conduit les penseurs dans un chemin moins obscur que celui où l'on marchait depuis si longtemps.

Bichat, de son côté, avait également ramené les esprits vers les théories simples. Les beaux développements qu'il avait donnés à sa distinction de la vie animale et de la vie organique avaient fait oublier de plus en plus les doctrines antérieures et jusqu'aux restes de l'iatromécanisme conservés dans Haller. Sa création des propriétés vitales avait séduit par sa simplicité, et avait même tellement ébloui, qu'on n'avait pas assez remarqué combien d'hypothèses cet esprit audacieux avait accumulées pour édifier son système.

Sans doute Bichat a eu l'incontestable mérite, après avoir formulé le vitalisme physiologique, de diriger l'attention vers les changements que les maladies font éprouver à nos tissus et à nos organes ; sans doute, quoique la médecine moderne ait vu dans ceux-ci autre chose que les troubles de la sensibilité et de la contractilité qu'il y cherchait, Bichat est resté, par le fait même de cette direction imprimée aux études, le continuateur de Morgagni dans l'organicisme pathologique; mais il n'en est pas moins vrai que, dès son point de départ et dans ses généralisations physiologiques, le célèbre novateur n'avait pas assez tenu compte des faits. C'est ce qui explique le mouvement en sens inverse qui s'était produit après lui, et qui se continuait à l'époque de la nomination de Bérard. La doctrine des propriétés vitales n'était pas attaquée, mais on cherchait de tous côtés si les faits viendraient la confirmer ou l'ébranler.

Déjà Nysten avait étudié sur les animaux la contractilité du cœur et des vaisseaux sanguins au moyen de l'électricité ; Legallois avait fait connaître ses expériences sur les fonctions de la moelle épinière : Ch. Bell venait d'étonner le monde savant par ses recherches sur les fonctions sensitives et motrices des cordons nerveux. C'était le moment où M. Flourens cherchait, par d'autres expériences, à découvrir les mystérieuses fonctions dévolues à chacune des parties de l'encéphale et où Magendie donnait, par ses vivisections, une sanction éclatante aux découvertes de Ch. Bell, en même temps que ses belles expériences sur l'absorption, le vomissement, les usages des nerfs crâniens, montraient combien il y avait encore de phénomènes inconnus à mettre en évidence.

A Paris, en un mot, sous la puissante impulsion de ces deux hommes illustres, qui marchaient eux-mêmes dans la voie ouverte par Haller et continuée par Spallanzani, les tendances étaient pour la physiologie d'observation, pour celle qui, si nous la considérons dans ses applications à la pratique médicale, éclaire surtout la symptomologie.

Il n'en était pas de même à Montpellier. L'Ecole célèbre de cette ville donnait la préférence à cette physiologie spéculative qui, au lieu d'étudier les fonctions dans tous leurs détails, insiste sur l'application à chacune d'elles d'une vue générale prise dans les caractères distinctifs de l'être vivant. Le fond de la doctrine est encore le vitalisme, non plus celui de Bichat, qui a conduit les médecins à l'organicisme, mais cet autre vitalisme qui, après avoir étudié le principe vital dans l'état sain, s'efforce de le suivre et de l'interpréter dans les maladies.

Le nouveau professeur de Paris, tout en voulant présenter un tableau complet de la physiologie, pouvait donc essayer de diriger spécialement son auditoire vers les faits physiologiques positifs ou vers les systèmes et les doctrines.

Entre ces deux tendances, quel sera le choix de Bérard ? Il n'y a pas à douter un instant.

Habitué à la précision par ses études anatomiques, à l'observation par ses études chirurgicales, entraîné d'ailleurs par le mouvement qui se produit autour de lui, il adopte la physiologie d'observation. Son esprit si juste comprend que les grandes doctrines générales deviennent quelquefois dangereuses, lorsque, parties de l'homme en santé, elles s'appliquent à l'homme malade, et qu'au contraire l'examen attentif des faits conduit toujours à des résultats moins brillants, si l'on veut, mais plus sûrs. Il sent enfin, et sous ce rapport il partage entièrement l'opinion de Magendie, que le temps des systèmes est passé, et qu'une généralisation nouvelle doit être précédée de l'étude sérieuse et prolongée des phénomènes physiologiques.

Messieurs, ce qui était vrai en 1831 l'est encore aujourd'hui. Tous les bons esprits l'ont compris, et voilà pourquoi vous voyez de tous côtés, en pathologie aussi bien qu'en physiologie, se multiplier les recherches d'observation; pourquoi l'Ecole de Montpellier elle-même, après avoir si longtemps admiré les ingénieux développements donnés au vitalisme par M. Lordat, vient de demander, pour le remplacer, un agrégé distingué à l'Ecole de Paris, connu par ses tendances positives, M. Rouget, l'un des meilleurs élèves de Bérard.

Une fois entraîné vers la physiologie d'observation, celui qui enseigne cette science a deux voies à suivre : ou bien exposer purement et simplement les faits épars dans la science et en apprécier la valeur sans expérimenter devant l'auditoire, ou bien mettre sous les yeux des élèves des animaux en expérience.

Ce dernier procédé, qui eût peut-être été le mien, n'a pas été celui de Bérard ; outre qu'il lui eût été difficile de faire profiter ses nombreux auditeurs des détails d'une vivisection, son cœur ne se prêtait pas à ce genre de travail. Semblable sous ce rapport aux célèbres physiologistes Haller et Ch. Bell, il supportait difficilement le spectacle de la douleur et s'est rarement déterminé à la provoquer chez les animaux.

Rassembler tous les faits amassés dans les livres, les classer, les juger, y ajouter ceux que ses propres études anatomiques et pathologiques lui avaient permis de recueillir, faire ressortir de ces divers documents tout ce que la physiologie possède de notions positives, tel a donc été, messieurs, le programme de Bérard, programme simple en apparence, mais en réalité difficile à remplir pour celui qui est scrupuleux ; or, Bérard l'était à un point extrême : rien ne se publiait sans qu'il l'ajoutât rigoureusement à ce qu'il savait déjà, et il s'était fait ainsi une physiologie complète qu'on ne trouvait nulle part ailleurs que dans son cours.

Combien il se plaisait à étaler toutes ces richesses de la physiologie moderne et à en signaler les lacunes ! Comme il excellait à la mettre à la portée de tous ! Sa lucide exposition nous rendait tout compréhensible, même les obscures conceptions de la science allemande.

Avec quel empressement aussi il rendait justice à tous les travailleurs, aux plus humbles comme aux plus élevés ! Ses leçons avaient un tel retentissement, que c'était une récompense pour les investigateurs que d'être cités et approuvés par lui. Autant on désirait ses éloges, autant on redoutait sa critique, que l'on savait sérieuse et bien motivée. Le cours de physiologie était ainsi devenu une sorte de tribunal devant lequel étaient jugés tous les travaux contemporains, et, comme le professeur s'occupait surtout des faits, ne soyez pas étonnés d'apprendre, messieurs, que, bien qu'il ait fait peu d'expériences, Bérard ait cependant donné une certaine impulsion à la physiologie expérimentale. Position remarquable et tout exceptionnelle que celle de cet homme qui, sans avoir été lui-même un grand investigateur, a su cependant, par la puissance de son travail, de sa critique et de son talent d'exposition, imprimer ce mouvement à la science, et faire, en quelque façon, sortir de sa chaire les travaux qu'il n'enfantait pas lui-même !

Est-ce à dire pourtant que Bérard soit resté en toutes circonstances le commentateur des opinions d'autrui ? Aux critiques qui l'ont prétendu, répondons qu'il a signalé le premier l'accélération qu'imprime à la circulation veineuse, en facilitant l'action aspiratrice du thorax, l'adhérence des aponévroses

aux grosses veines voisines de la poitrine; que le premier, et longtemps avant les frères Weber, il avait démontré, dans une leçon de concours [1], l'intervention de la pression atmosphérique comme moyen d'union entre le fémur et l'os coxal. Rappelons qu'un des premiers il a insisté sur l'existence du tissu élastique dans les dernières ramifications bronchiques, et qu'il en a déduit l'explication si claire et si rationnelle de l'affaissement du poumon après l'ouverture de la plèvre. Ajoutons enfin qu'il a souvent enrichi ses leçons de vues nouvelles, qui n'ont pas été remarquées parce qu'elles se trouvaient incorporées dans son grand enseignement.

Si, par exemple, il avait publié ou communiqué aux Académies ses idées sur les fonctions des nerfs de la langue, sur l'action des muscles intercostaux internes, sur les usages de divers muscles du larynx, usages qu'il indiquait d'après l'étude minutieuse de leurs insertions, il eût certainement laissé une réputation plus grande comme inventeur. Mais, je le répète, son ambition était surtout de bien exposer l'état actuel de la science, et il y a réussi à ce point que son enseignement peut supporter la comparaison avec celui des plus célèbres physiologistes du temps.

Mettons, par exemple, en parallèle Magendie et Bérard. Tous deux partaient d'un même principe, l'examen des faits ; mais, tandis que Magendie ne s'occupait guère que des faits constatés par lui-même et laissait les autres dans un oubli dédaigneux, Bérard puisait à toutes les sources, et essayait de tirer du rapprochement des divers résultats une déduction utile. Magendie s'occupait surtout de ce qu'il voyait sur les animaux ; Bérard s'adressait en même temps à l'anatomie et à la pathologie humaine. Si l'un a brillé par son habileté dans les vivisections, l'autre s'est fait remarquer par l'immensité de ses connaissances. Le premier avait toujours une conclusion ; le second hésitait souvent et nous laissait dans l'embarras, parce qu'il savait que la conclusion annoncée par tel auteur était démentie par tel autre, et qu'il craignait de nous induire en erreur.

Pendant que Magendie préparait dans son laboratoire quelques élèves d'élite destinés à devenir les grands physiologistes français d'aujourd'hui, Bérard rendait la science accessible à tous et favorisait les générations médicales avec l'érudition. Nul doute, enfin, que, pour la postérité, Magendie restera plus grand, mais peut-être, pour les contemporains, Bérard aura-t-il été plus utile ?

Je viens, messieurs, de vous présenter le professeur et le physiologiste ; j'ai maintenant à vous montrer l'écrivain et l'administrateur. Comme écrivain, Bérard est le même que dans sa chaire : rarement original, mais attentif à bien poser les questions, habile à décrire et à faire comprendre, et toujours inclinant vers les résultats fournis par l'observation. Ajoutez à ces qualités le style le plus attrayant par sa lucidité, et vous comprendrez qu'on ait autant de plaisir à le lire qu'on en avait à l'entendre. Tel je vous le signale ici, tel vous le trouverez dans les notes qu'il a ajoutées à l'ouvrage de Richerand et dans les trois volumes de son *Cours de physiologie*, ouvrage, hélas! interrompu trop tôt, mais qui, tout inachevé qu'il est, sera toujours une ressource précieuse pour les travailleurs. Tel vous le trouverez encore dans le *Dictionnaire de Médecine*, où il a consigné ses meilleures productions.

En physiologie, ses articles sur l'asphyxie, le cœur, la chaleur animale, l'olfactif, sont des modèles de critique et d'exposition scientifique. En pathologie, ses articles sur les anévrismes, le cancer, la névralgie et la paralysie de la face, les hémorroïdes, le pus, portent le cachet d'une grande supériorité. D'autres ont pu écrire sur notre science avec autant de justesse et de précision, bien peu l'ont fait avec ce charme et cette élégance.

Certes, les amis de Bérard ont pu regretter qu'il ne se soit pas placé davantage parmi les novateurs ; mais, en tenant compte du rare talent déployé dans ces productions, les critiques les plus sévères accorderont sans doute que, dans ses écrits comme dans son enseignement, le vulgarisateur s'est élevé au plus haut degré qu'il soit possible d'atteindre. N'oublions pas, d'ailleurs, que, dans l'article qu'il a consacré à la *face*, il a été l'un des premiers à bien écrire la paralysie idiopathique de cette région, et que, dans son travail sur le *pus*, il s'est montré novateur très-heureux par sa distinction si juste et si lumineuse de l'infection putride et de l'infection purulente.

---

[1] Cette opinion se trouve exprimée dans une composition écrite, sorte de thèse que l'on demandait à cette époque aux concurrents pour le Bureau central des hôpitaux.

Pendant les quinze années qui suivirent sa nomination, Bérard s'était exclusivement consacré à la recherche et à la méditation des matériaux qui devaient servir à son cours et à ses publications. Le succès le plus légitime avait couronné ses efforts, les témoignages d'estime et d'approbation lui étaient prodigués de toutes parts; il avait vu se réaliser, dans l'élévation de son frère au professorat, l'un de ses vœux les plus chers.

Son affabilité, la culture de son esprit, l'attrait de sa conversation, le faisaient rechercher de tous; on était attiré vers lui par sa physionomie gracieuse, sur laquelle se peignaient tout à la fois la bonhomie du vieillard, la franchise et la naïveté de l'enfant. Modeste en toute occasion, il ne faisait jamais sentir sa supériorité, et se conformait instinctivement et sans calcul à ce précepte de Pascal : « Voulez-vous qu'on dise du bien de vous? n'en dites point. » Comme, enfin, il ne portait umbrage à personne, puisqu'il était sans ambition, il n'avait point d'ennemis, et l'on put un moment le considérer comme un homme heureux.

Hélas! un grand chagrin vint, en 1846, troubler cruellement cette existence prospère. La mort d'Auguste Bérard fut un coup terrible pour cette âme délicate, qui n'avait connu jusque-là que les triomphes faciles. Bientôt une gastralgie violente s'empara de lui et le força de s'éloigner pour quelque temps.

Il nous revint à la fin de 1847, et entreprit alors la publication de ses leçons, qu'il espérait mener rapidement à bonne fin. Continuant, en effet, à ne rien désirer, il devait croire qu'aucune occupation nouvelle ne viendrait l'arrêter.

Il se trompait. Sans rien demander, il a beaucoup obtenu. A la fin de 1848, il fut nommé doyen de notre Faculté. Il n'avait nullement songé à un pareil honneur; il n'y était pas préparé, et il en resta longtemps dans l'étonnement.

Cette surprise lui en ménageait une autre beaucoup plus piquante. Indépendant à l'excès, Bérard n'avait jamais recherché les suffrages de l'Académie de médecine, et avait déclaré nombre de fois qu'il n'appartiendrait pas plus à cette Société savante qu'à aucune autre. Il avait compté sans les règlements et sans la sagacité du secrétaire perpétuel. Les règlements veulent que le doyen de la Faculté fasse de droit partie du Conseil d'administration; M. Dubois (d'Amiens) en conclut que le doyen est inévitablement membre de l'assemblée, et il propose à ses collègues, qui la votent avec enthousiasme, la nomination de M. Bérard. Refuser, c'eût été manquer aux convenances les plus vulgaires; il accepta donc, et l'académicien malgré lui n'en devint pas moins un des membres les plus actifs de la savante compagnie.

Le passage de Bérard au décanat a été de trop courte durée pour que des actes importants aient pu le signaler. A cette époque, les préoccupations politiques laissaient en suspens toutes les réformes. Avant tout, l'Ecole avait besoin de conciliation et de calme. Quoi de mieux, pour atteindre ce résultat, que la bienveillance du nouveau doyen! Sous sa direction, l'enseignement et la profession suivirent donc leur marche ordinaire, et Bérard n'eut l'occasion de développer son activité que dans quelques circonstances où les élèves en médecine eurent besoin de son assistance, qu'il leur accorda toujours de la façon la plus paternelle.

Après le choléra de 1849, combien il déploya de zèle pour faire récompenser ceux qui s'étaient le mieux dévoués au soin des malades! Souvent aussi, pendant les troubles qui ont agité Paris de 1848 à 1851, le doyen employa son influence pour soustraire aux rigueurs des tribunaux des jeunes gens que la fatalité des événements avait seule pu compromettre. Il s'étonnait alors de voir à quel point il était devenu solliciteur, lui qui ne l'avait jamais été!

Tous ceux qui ont approché Bérard, pendant les trois années de son décanat, ont pu croire que les détails de l'administration lui convenaient peu, et s'accordaient mal avec la quiétude à laquelle il s'était accoutumé dès longtemps. Sa gastralgie était revenue et ses souffrances étaient souvent très-vives; elles le préoccupaient et lui faisaient croire à une maladie grave de l'estomac. Souvent il répétait mélancoliquement ce vers de La Fontaine qu'il avait cité en commençant son éloge de Haller :

Quittez les longs espoirs et les vastes pensées.

C'est au milieu de cette période sombre de sa vie qu'une nouvelle faveur vint le surprendre. En mars 1852, le gouvernement réorganisa l'instruction publique et rétablit les inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur. Il en fallait un pour la médecine, et M. Fortoul, alors ministre de l'instruction pu-

blique, n'hésita pas à appeler Bérard à ces fonctions, qui le mirent à la tête du corps médical français. Trouva-t-il dans cette nouvelle position une diversion suffisante à ses tristes pensées? Fut-il heureux de se soustraire aux soucis du décanat? Quoi qu'il en soit, nous le vîmes pendant quelque temps redevenir insouciant et gai, oublier le cancer qu'il n'avait jamais eu, reprendre son cours, continuer la publication de ses leçons, et remplir avec goût ses nouvelles occupations d'inspecteur. Ses relations obligées avec le ministre et les hauts dignitaires de l'Université furent pour lui l'occasion de nouveaux succès; tous admiraient sa facilité, tous se plaisaient à voir cette union de l'intelligence la plus clairvoyante avec le caractère le plus aimable; et si Bérard, en administration comme dans la science, n'a pas eu beaucoup de vues nouvelles à faire prévaloir, il a cependant eu le mérite de présenter au monde universitaire un ensemble de qualités qui l'ont fait apprécier, et qui ont rehaussé dans sa personne le corps médical tout entier.

Les affaires qui l'ont le plus occupé dans sa nouvelle position sont celles de la Faculté de Strasbourg et des Écoles préparatoires. Acceptant et fécondant l'idée de faire servir à l'éducation des élèves militaires l'excellent enseignement de l'École de Strasbourg, il a étudié ce sujet avec soin et l'a présenté avec tous ses avantages, et a fini par obtenir l'institution actuelle, que l'on peut considérer comme une nouvelle garantie contre une séparation qui ne doit pas exister entre la médecine militaire et la médecine civile.

Dans sa reconnaissance pour les premières leçons qu'il avait reçues à Angers, Bérard, en toute occasion, a soutenu les Écoles secondaires de médecine. Il n'a voulu la suppression d'aucune, et a cherché à les grandir toutes. Dans ce but, il a fait augmenter le nombre de leurs professeurs. Il espérait sans doute, en multipliant les cours et les moyens d'instruction, attirer et retenir un plus grand nombre d'élèves. A-t il obtenu ce résultat dans toutes les réorganisations qu'il a provoquées? Question délicate et indécise qui est aujourd'hui mise à l'étude, et sur laquelle l'avenir prononcera.

Au milieu de ces occupations, en décembre 1855, Bérard eut une première atteinte d'hémorrhagie cérébrale: il se remit assez vite, et, en apparence, assez complètement. Pourtant, ceux qui le voyaient de près trouvèrent un changement dans son caractère; il n'avait plus la même égalité d'humeur, était moins affectueux, et se montrait plus sévère, parfois injuste, dans l'appréciation de ses collègues. Mais le changement le plus remarquable fut celui qui s'opéra dans ses habitudes scientifiques.

M. Cl. Bernard avait, depuis peu d'années, attaché son nom aux deux plus belles conquêtes de la physiologie moderne: les fonctions du suc pancréatique et de la glycogénie. Un vétérinaire distingué, M. Colin, avait cru pouvoir conclure, d'un certain nombre d'expériences, que le suc pancréatique ne servait pas à la digestion des matières grasses aussi exclusivement que l'avait cru l'habile professeur du Collége de France, et il avait lu sur cette matière un travail intéressant devant l'Académie de médecine; Bérard fut chargé du rapport. Aussitôt il se met à l'œuvre avec un zèle inaccoutumé. Après avoir lu et médité le travail de M. Colin, il demande que les expériences sur les grands ruminants soient répétées devant lui, et, oubliant sa sensibilité d'autrefois, il passe des heures entières à Alfort, devant les animaux en souffrance. Il ne se contente pas des vivisections de M. Colin, il en fait lui-même de nouvelles, d'abord sur la question en litige, ensuite sur celle de la glycogénie, vers laquelle le pousse je ne sais quelle velléité d'opposition.

Tous ceux qui en ont été témoins sont encore impressionnés par l'émotion et la chaleur avec laquelle il est venu lire plusieurs fois devant l'Académie les résultats, toujours admirablement exposés, de ses recherches. Quel contraste, en effet! Jusque-là, Bérard avait préféré le travail paisible du cabinet à tout autre; il s'était tenu éloigné des tribunes académiques, avait fui les polémiques ardentes. Aujourd'hui, le voilà expérimentateur infatigable, investigateur actif, critique passionné. Que s'est-il donc passé dans cette belle intelligence? Aurait-elle été modifiée, sans s'amoindrir, par le coup qui l'a frappée? L'ambition de la gloire, l'envie, se seraient-elles éveillées comme autant de symptômes pathologiques? J'aime mieux croire, messieurs, que cet esprit supérieur marchait encore vers le perfectionnement. Partisan de la physiologie positive, il avait compris enfin que sa tâche restait incomplète s'il ne regardait pas lui-même quelques-uns des faits dont il s'occupait incessamment. Pourquoi faut-il qu'au lieu d'appliquer cette activité tardive à une critique dont la justesse est

restée douteuse, il ne l'ait pas dirigée vers quelque grande découverte qui eût porté son nom !

Peut-être les fatigues et les émotions de ces nouveaux travaux ont-elles accéléré le retour des hémorrhagies cérébrales, et on le regrette amèrement, lorsqu'on songe à la triste position de Bérard pendant la dernière année de sa vie. Le professeur brillant, le causeur agréable, le penseur spirituel, était privé désormais d'intelligence et de parole.

Le vide se fit peu à peu autour de cet homme, dont les jours étaient comptés, et, le 12 décembre 1858, la mort vint achever son œuvre sans surprendre personne. Déjà Bérard était jugé, et jugé, disons-le, défavorablement. On le présentait aux nouvelles générations comme un compilateur sans supériorité, qui n'avait dû ses succès qu'au hasard ou à la faveur. Pourquoi tant d'injustice ? C'est que d'abord il est dans la destinée de beaucoup d'hommes éminents d'être impitoyablement critiqués le jour où s'affaiblit, avec leur santé, le prestige qui les entourait. C'est qu'ensuite Bérard s'était courageusement adonné, sur la fin de sa carrière, à la physiologie expérimentale, qui avait toutes les sympathies de notre monde laborieux, et qu'il était tombé dans la lutte, avant d'avoir pu prouver s'il avait bien vu. On oublia tout, excepté ses travaux les plus récents, et on ne voulut plus juger en lui que l'expérimentateur des derniers temps, et, placée sur ce terrain, l'opinion eut quelque droit de le trouver inférieur à plusieurs de ses contemporains, à celui surtout qu'il avait trop combattu.

C'était dans cette enceinte et dans cette solennité qu'il convenait de rappeler ce que Bérard avait été dès le principe et par-dessus tout : professeur des plus habiles, physiologiste savant, écrivain que bien peu ont égalé.

Pour moi, messieurs, qui me sens inspiré en ce moment par ma conviction plus encore que par ma reconnaissance, j'aurai atteint mon but si j'ai pu vous persuader que, sous ce triple rapport, notre cher et regretté maître a touché la perfection, et s'est acquis les droits les plus légitimes à la gratitude de tous les savants, à la vénération de ses contemporains et aux hommages de la postérité.

Après ce discours interrompu par de fréquents applaudissements, M. le professeur Grisolle a proclamé les prix de l'Ecole pratique dans l'ordre suivant : *Grand prix :* médaille d'or, M. Fournié (Eugène). — *Premier prix :* médaille d'argent, M. Bergeron (Georges). — *Second prix :* médaille d'argent, M. Gueniot (Alexandre). — *Mention honorable :* M. Baudot (Emile). — *Prix Montyon :* médaille d'or, M. Fenestre. — *Mention honorable* : M. Bricheteau.

— La Faculté propose, pour le prix Corvisart de l'année prochaine, la question suivante : *De l'influence des diurétiques dans les maladies du cœur.*

M. le docteur Monneret vient d'être nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris.

M. Chauffard, professeur agrégé, est chargé du cours de M. Andral (pathologie et thérapeutique générales).

M. le docteur Dumontpallier vient d'être nommé chef de clinique à l'Hôtel-Dieu (service de M. le professeur Trousseau).

M. Toucherier, chirurgien de la marine de deuxième classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Nouveaux faits à l'appui du traitement de l'hydrocéphalie aiguë par le mercure à haute dose.

Par M. le docteur Ronzier-Joly.

Dans un mémoire publié en 1857, nous fîmes connaître plusieurs cas d'hydrocéphalie aiguë traités avec succès par le mercure à haute dose, employé en frictions. Afin de laisser le moins de doutes possible sur le diagnostic de la maladie, nous donnâmes dans tous leurs détails les histoires des divers cas que nous avions observés; malgré ce soin, notre exposé n'eut pas la bonne fortune de convaincre l'un des plus éminents médecins de l'époque actuelle, le professeur Trousseau, si compétent dans les questions qui touchent à la pathologie de l'enfance. Ayant en effet envoyé notre travail à ce savant maître, nous reçûmes de lui une réponse des plus gracieuses dans laquelle il nous déclarait avec une louable franchise qu'il n'était pas encore édifié sur l'utilité du mercure dans l'hydrocéphalie aiguë. Des essais multipliés, toujours suivis de tristes résultats, ne l'engageaient guère à croire à nos guérisons.

Nous connaissions déjà les opinions de M. Trousseau sur le pronostic de l'hydrocéphalie aiguë; nous savions qu'il avait dit : « Quoi qu'on fasse dans cette maladie, la mort est certaine. » Mais nous avions aussi appris à avoir toute confiance en d'autres praticiens très-distingués, et les assurances de notre ancien et excellent maître, le professeur Golfin (de Montpellier), nous avaient surtout laissé l'espérance de pouvoir quelquefois combattre avec avantage la grave maladie que nous avons mentionnée.

Quoi qu'il en soit, la lettre de M. Trousseau vint amoindrir nos illusions et fit même naître en nous une certaine hésitation sur le diagnostic des maladies dont nous avions rapporté la minutieuse histoire recueillie jour par jour au lit des sujets atteints. Sans renoncer à faire de nouveaux essais, nous nous promîmes d'apporter plus de sévérité encore dans nos observations. En 1858 et 1859, divers cas furent traités par nous avec bonheur par les frictions mercurielles, mais leur manifestation ne nous ayant pas paru des plus caractéristiques, nous n'osâmes les faire connaître. Depuis le commencement du printemps dernier, nous avons eu une série de cinq nouveaux cas qui nous paraissent, au contraire, très-propres à ne plus laisser aucun doute sur le diagnostic. Sur ces cinq cas, nous avons obtenu deux guérisons complètes, et l'histoire des autre

malades fera soupçonner à tous que la mort a été, au moins chez deux d'entre eux, l'inévitable conséquence d'une éruption tuberculeuse des méninges. Nous eussions désiré compléter par l'autopsie cadavérique l'observation de ces exemples malheureux, mais cette opération ne nous a pas été permise. La considération attentive des précédents suppléera assez bien en partie au défaut de renseignements nécroscopiques.

Obs. I. *Fièvre catarrhale gastrique.—Tartre stibié en lavage.—Hydrocéphalie aiguë; sangsues derrière les oreilles; révulsifs et dérivatifs divers. — L'amélioration n'est évidente qu'après l'emploi du mercure à haute dose en frictions.* — Julie Rabejac est âgée de trois ans, d'un tempérament lymphatique, très-bien venue et fort intelligente. Il y a à peine quinze jours que nous l'avons vaccinée, quand survient la maladie que nous allons décrire.

Le 29 mai, à neuf heures du soir, sa mère, en la couchant avec elle, s'aperçoit de la grande froideur de ses jambes et de ses pieds; elle ne parvient à lui réchauffer ces parties qu'après un assez long temps. Dans la nuit, l'enfant se réveille, est un instant très-agitée et finit par vomir des matières alimentaires d'abord, et puis des liquides muqueux. Après le vomissement, chaleur violente, rougeur de la face, soubresauts de tout le corps. Les vomissements se répètent à diverses reprises; enfin, dans la matinée, un délire bruyant se déclare.

A notre arrivée, à deux heures de l'après-midi, le 30 mai, la malade ne reconnaît personne, le délire ne cesse pas; le facies est peu coloré; les soulèvements nerveux de tout le corps continuent à intervalles assez rapprochés. L'épigastre paraît douloureux à la pression; l'abdomen est chaud. Le pouls est fréquent, irrégulier, dépressible.

Croyant à un simple trouble de la digestion survenu la veille, sous l'influence du froid aux pieds, nous prescrivons : cataplasmes sinapisés aux pieds; cataplasme émollient sur l'abdomen, 5 centigrammes de tartre stibié en lavage.

Dans la soirée, délire plus tranquille; assoupissement souvent suspendu par les soubresauts de tout le corps; pâleur du facies. Il y a eu dans la journée des vomissements de matières glaireuses et bilieuses, au milieu desquelles sont encore des débris de matières alimentaires. Deux selles peu abondantes. Epigastre et abdomen souples, mais chauds, légèrement douloureux à la pression. Râles muqueux et sibilants dans la poitrine; pouls fréquent; peau chaude et humide.

Tisane de mauve miellée; cataplasmes légèrement sinapisés promenés sur les extrémités inférieures; frictions d'huile camphrée et cataplasmes émollients sur l'abdomen; un vésicatoire à chaque bras.

Dans la nuit, la face change deux fois de coloration : très-rouge pendant une heure environ, elle est devenue ensuite très-pâle; deux vomissements; urines involontaires.

A notre visite du matin, le 31 mai, le facies est plus rouge que la veille. Le délire se manifeste de la manière suivante : retirée de son assoupissement par un des soubresauts mentionnés, la malade parle de choses extraordinaires, s'adresse à des personnes absentes et parfois crie d'une manière inintelligible. Front très-chaud ; pouls fréquent et plus ample que la veille ; même état de l'abdomen et de l'épigastre.

Deux petites sangsues derrière chaque oreille ; lavement émollient après leur chute ; frictions huileuses et camphrées sur l'abdomen.

La journée est meilleure que les précédentes. A midi, vive rougeur du facies pendant une heure ; soubresauts moins fréquents. La malade reconnaît sa mère et son grand-père ; pouls assez bon, fréquent ; deux selles après le lavement.

Le 1er juin, à trois heures du matin, on nous appelle à la hâte, la petite ayant déjà eu plusieurs convulsions. En notre présence, une de celles-ci a lieu, mais ne consiste qu'en quelques mouvements très-irréguliers des paupières et de violents spasmes dans les bras. Cet état dure de deux à trois minutes. Cris très-aigus par moments ; facies pâle ; mâchoires serrées l'une contre l'autre ; pouls fréquent et irrégulier.

Une friction avec 3 grammes d'onguent napolitain belladoné au douzième, toutes les deux heures, tantôt sur les cuisses, tantôt sur les côtés de la tête ; onctions sur l'abdomen avec l'huile de jusquiame camphrée.

Dans la journée, deux nouvelles convulsions ; pâleur continuelle du facies ; assoupissement suspendu de temps en temps par des cris aigus ; vésicatoires aux mollets dans la soirée.

Le 2 juin, cinquième jour, vive réaction à midi. Pendant ce temps, face très-rouge, mouvements spasmodiques répétés, délire plus bruyant. A deux heures, assoupissement, calme, pâleur progressive, grincements de dents à diverses reprises, abdomen et épigastre souples. Même traitement.

Le 3 juin, mieux-être sensible ; la malade ne se trouble que si l'on insiste pour la faire parler. Quelques mouvements spasmodiques généraux ; vomissements à deux reprises. A midi, nouvelle réaction.

Essai du sulfate de quinine en frictions à la chute de cet état. Bientôt après celles-ci, réaction plus vive et nouvelle, grincements plus rapprochés. Nous suspendons ce remède.

Le 4 juin, septième jour, physionomie hébétée, mais tranquille ; mouvements spasmodiques généraux fort rares ; assoupissement marqué pendant lequel les yeux sont entr'ouverts. A deux reprises, le facies se colore un peu plus que d'habitude.

Bouillon d'orge et de pain ; tisane de mauve ; frictions mercurielles toutes les cinq heures.

Le 6 juin, neuvième jour, encore quelques vomissements de matières glaireuses et laiteuses après lesquelles il y a une légère réaction. Les grincements de dents continuent de temps en temps.

Le 8 juin, l'état est des plus satisfaisants. Il n'y a plus de délire

ni de soubresauts généraux. Groseille, crème de riz ; trois frictions mercurielles par jour.

Le 11 juin, un peu de salivation et un léger boursouflement des gencives nous font suspendre toute médication. Bouillon gras très-coupé.

L'enfant conserve pendant un long temps un air d'hébétude pour lequel on nous fait demander à diverses reprises. Il y a aussi de temps en temps quelques vomissements qui nous font conduire le régime avec une prudence extrême.

Obs. II. *Affection catarrhale gastrique; hydrocéphalie aiguë. — Révulsifs divers; sangsues aux malléoles; mercure à haute dose en frictions. — Guérison.* — Le petit Crouzet est âgé de quatre ans ; il est d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution forte. Il n'a jamais été malade jusqu'à présent. Depuis un certain temps, on remarque qu'il est moins alerte et moins coloré que d'habitude, et qu'il se plaint quelquefois de céphalalgie. Jouant ces jours derniers avec ses camarades, il emplit sa casquette d'eau et la mit après cela sur sa tête, où elle resta ainsi jusqu'à ce qu'elle fût sèche. Le 5 juin, ses parents l'ayant laissé seul au village, il goûta chez diverses personnes et il mangea une assez grande quantité de cerises alors imparfaitement mûres.

Le soir, à l'arrivée des parents, l'enfant est assoupi. Après l'avoir couché, on observe qu'il a des mouvements brusques dans tout le corps ; ses idées ne sont pas nettes ; sa peau est brûlante. On nous fait aussitôt appeler et, devant nous, l'enfant est pris de vomissements et rejette diverses matières alimentaires, notamment des cerises et du fromage. Après ces vomissements, le délire persiste, les soubresauts sont les mêmes.

Nous prescrivons 3 centigrammes de tartre stibié, un cataplasme émollient sur le ventre, des cataplasmes légèrement sinapisés sur les membres inférieurs.

A trois heures du matin, des convulsions surviennent ; pendant la durée de celles-ci, les membres s'agitent dans des spasmes très-forts, les yeux se dévient, la face est rouge. Le ventre et l'abdomen sont souples, mais paraissent douloureux. Il y a des selles mêlées de noyaux de cerises et des vomissements abondants.

Potion avec l'huile d'amandes douces, l'huile de ricin, le sirop de limon et l'eau de menthe. Mêmes moyens doucement révulsifs.

A onze heures du matin, nouvelle convulsion ; deux petites sangsues à chaque malléole.

A quatre heures du soir, les convulsions paraissent suspendues; le délire est moins bruyant, mais persiste. Facies pâle, front très-chaud ; mouvements spasmodiques violents dans tout le corps, de temps en temps; pouls misérable, ni nouvelles selles, ni urines.

Nous faisons soigneusement fermer les piqûres de sangsues. Cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs ; eau sédative sur la tête. Continuation de la potion à l'huile de ricin et d'amandes douces par petites cuillerées ; fomentations émollientes sur l'abdomen.

A dix heures du soir, pouls un peu relevé, toujours fréquent. Le facies a changé de coloration à deux reprises dans la soirée. A ce moment, la pâleur est extrême. Même état de l'intelligence et des soubresauts.

A trois heures du matin, même état. Abdomen légèrement tendu, pas de selles ni d'urines. Lavement huileux et émollient qui fait rendre quelques matières jaunâtres. A onze heures, le malade n'ayant pas uriné, nous faisons pénétrer dans la vessie une petite sonde élastique, et des urines claires s'échappent en petite quantité. Le délire continue; tête chaude, soubresauts de tout le corps; pouls un peu plus fort. A deux reprises, dans la matinée, changement de coloration du facies.

Une friction mercurielle belladonée de 3 grammes toutes les deux heures, tantôt à la tête, tantôt à la partie interne des cuisses.

Le soir, très-légère amélioration.

Le 7 au matin, troisième jour, assoupissement; facies pâle. Quand on crie fortement aux oreilles du malade, on obtient des réponses lentes, mais nettes. Selles et urines involontaires; un vomissement dans la nuit; pouls un peu moins fréquent.

Frictions mercurielles toutes les quatre heures.

Le soir, l'assoupissement est plus grand. Le facies, très-rouge à notre visite, a été longtemps très-pâle. Le malade, toujours assoupi, répond lentement aux questions et s'assoupit encore en parlant; paupières moitié ouvertes et ne laissant voir que le blanc de la sclérotique.

Même traitement, plus vésicatoires aux mollets.

La journée du 8 se passe assez bien. Le malade est plus éveillé. A midi, moment de vive réaction avec rougeur du facies. Dans la nuit, l'assoupissement devient si grand qu'aucun cri ni pincement ne peut réveiller le malade.

Frictions mercurielles belladonées ; vésicatoire derrière la nuque.

Les journées du 9, du 10 et du 11 se passent dans des alternatives de mieux-être et de cet assoupissement extrême d'où rien ne peut faire sortir le malade. Vomissements rares et irréguliers. Front toujours plus chaud que le reste du corps. Dans la journée du 10, tête constamment couverte de sueur, qui tombe par gouttes sur les surfaces rasées. Grincements de dents; pouls fréquent et faible.

Frictions mercurielles toutes les cinq ou six heures. Gelée de groseille; un peu de bouillon gras coupé.

Le 11 juin, à onze heures du soir, on nous appelle et nous trouvons l'enfant dans l'état suivant : assoupissement extrême; le malade ne répond à aucun cri, ne sent pas nos pincements ni les sinapismes. Figure très-pâle du côté gauche, qui est froid ; joue droite un peu rouge et chaude. Selles involontaires mêlées de mucosités sanglantes; pouls très-faible, à 65 ou 70 pulsations.

A quatre heures du matin, l'enfant répond à nos questions. Selles toujours involontaires.

Suspension des frictions mercurielles; tisanes gommées; crème de riz additionnée de quelques gouttes d'eau de fleurs d'oranger. Bouillon gras coupé par très-petites quantités.

La journée du 12 est assez bonne; mais l'enfant a de plus fréquents moments d'assoupissement que les jours précédents. Son facies change de couleur deux ou trois fois; la rougeur ne s'étend guère que sur une joue à la fois, et ne survient que pendant les moments où le malade est assoupi. Au reste, il se réveille et répond bien à nos questions.

Le 14 juin, onzième jour, il y a à midi une réaction qui dure deux heures; le facies est plus rouge qu'il n'a jamais été. Il y a eu dans la matinée un vomissement de matières glaireuses et bilieuses. Dans la journée, il y a de l'assoupissement à diverses reprises. Deux selles muqueuses verdâtres, que le malade demande à faire, mais après coup.

Reprise des frictions mercurielles simples toutes les quatre heures.

Le 15, l'amélioration est sensible. Une seule fois, dans la matinée, changement de coloration du facies. Pouls presque normal; une pulsation, qui manquait de temps en temps, ne manque plus. Pas de vomissement; un peu de diarrhée. Intelligence saine, quoique avec un étourdissement marqué.

On peut faire dater le commencement de la convalescence du 18 juin, quatorzième jour de la maladie. L'enfant demande alors à manger. La figure, constamment pâle, ne change pas de coloration. Le sommeil est tranquille et bienfaisant, quoique les paupières ne se ferment pas encore complétement.

Ce n'est qu'avec une prudence extrême que nous augmentons graduellement le régime.

Réflexions sur les deux observations précédentes.— Le diagnostic des deux cas que nous venons de rapporter ne peut paraître obscur, pensons-nous, qu'à des médecins bien résolus à ne pas croire aux hydrocéphalies aiguës dont l'autopsie cadavérique n'a pas certifié l'existence. Chez nos deux jeunes malades, non-seulement les symptômes les plus caractéristiques n'ont pas fait défaut, mais ils se sont présentés pendant un temps très-long dans un ensemble qui ne peut guère laisser subsister l'hésitation. Les changements frappants dans la coloration du visage, les troubles des facultés intellectuelles, les cris plaintifs particuliers aux affections de l'encéphale, les grincements de dents, les vomissements, les états convulsifs, les irrégularités de la température ou du pouls, selon les moments, ou quelquefois d'un seul côté du corps, rien de cela n'a manqué; puis, à la fin de la maladie, ou pendant la convalescence, nous avons observé longtemps l'engourdissement de l'intelligence, l'embarras de la mémoire, et la figure, ayant perdu toute expression, a plus longtemps encore porté l'empreinte de l'hébétude ou de la stupeur: ce qui a été signalé par Lallemand comme un des meilleurs signes des souffrances éprouvées, quoique non ressenties quelquefois, par l'organe cérébral.

Pour nous, qui avons assisté avec une assiduité soutenue à tous les pénibles moments des deux scènes morbides que nous avons décrites, rien ne saurait ébranler notre conviction diagnostique, et nous trouvons seulement que, pour si exact que nous ayons tâché de le présenter, notre tableau des deux maladies de Julie Rabejac et de Crouzet est de beaucoup moins saisissant que l'image qui nous a été offerte par la nature même.

Nous devons indiquer ici un signe qui, sans nous avoir fait complétement défaut, surtout chez Crouzet, ne s'est pas pourtant aussi nettement présenté et ne s'est pas non plus aussi franchement maintenu chez nos deux malades que dans bien d'autres cas d'hydrocéphalie aiguë, notamment dans ceux qui sont, presque sans exception, suivis de mort; nous voulons parler de la chute brusque et excessive du pouls à un moment quelconque de la maladie, parfois au début.

Ce signe est pour nous d'une grande valeur au point de vue du pronostic. Il a suffi quelquefois pour nous inspirer des craintes qui malheureusement se sont trop souvent vérifiées; il a pu même, dans certaines affections et dans certains cas de prédisposition, nous faire annoncer, en l'absence d'autres symptômes caractéristiques, l'arrivée de la maladie qui nous occupe. Les événements qui suivaient ne confirmaient que trop nos présomptions.

Chez le petit Crouzet, le pouls a diminué dans la période d'état d'un grand nombre de pulsations, mais ce changement ne nous a pas paru se produire ici avec sa brusquerie habituelle. Il a présenté, outre cela, des variations infinies dans son rhythme, et il a eu ce caractère assez commun dans les épanchements aigus de l'encéphale, qu'une pulsation a fait souvent défaut, après deux, trois, ou un plus grand nombre d'autres venues régulièrement.

Si nous reconnaissons l'importance du symptôme que nous venons de mentionner, nous ne le regardons pas comme indispensable dans tous les cas. L'hydrocéphalie aiguë n'est, la plupart du temps, nous l'avons dit ailleurs, que le dernier acte d'un état morbide fluxionnaire de nature variable, et celui-ci peut, dans bien des circonstances, faire persévérer jusqu'à la fin l'accélération du pouls. Pour prouver que l'abaissement du pouls n'est pas ici un symptôme absolu, on n'a qu'à montrer d'ailleurs que des épanchements séreux peuvent exister dans l'encéphale sans produire ce phénomène. Or, ce qui a lieu dans le cours de la maladie qui nous occupe est une preuve bien suffisante de ce que nous avançons. Au début, il y a, en effet, très-souvent de la fièvre, puis vient la chute du pouls, et

enfin il arrive comme règle générale que celui-ci reprend de la fréquence aux derniers jours ou aux derniers moments de l'affection. L'autopsie n'en dévoile pas moins pour cela un épanchement plus ou moins considérable. Dans la quatrième observation de notre mémoire de 1857, où tous les phénomènes furent suivis par nous avec soin et où l'autopsie nous fit voir dans un des ventricules une si grande quantité de sérosité que celle-ci nous rejaillit avec force sur le visage, cela eut lieu ainsi et le pouls lent pendant bien des jours avait repris à la fin une fréquence extrême. La compression du cerveau devait être pourtant assez forte.

Tout cela ne prouve qu'une chose : c'est que les études des lésions matérielles sont impuissantes à expliquer tous les événements des maladies, la contingence des faits vitaux. On tomberait souvent dans l'erreur si on prenait pour seul guide clinique les altérations que l'anatomie pathologique fait palper à nos sens.

Dans les cas ci-dessus rapportés, devons-nous attribuer exclusivement la guérison aux frictions mercurielles ? Une prétention aussi absolue est loin de notre pensée. Les divers moyens tempérants, révulsifs et dérivatifs qui ont été mis en usage aux différentes périodes de la maladie nous ont sans doute beaucoup aidé, et nous ne devons pas oublier que la force médicatrice a elle-même singulièrement facilité nos actions thérapeutiques. La sueur très-abondante, survenue chez le jeune Crouzet le dixième jour de son affection, a été, parmi les actes favorables de la nature, un des plus remarquables et des plus salutaires.

Dans l'hydrocéphalie aiguë, les indications sont multiples. Les plus importantes, nous l'avons dit autre part, consistent : 1° à modérer ou à supprimer la fluxion dont l'épanchement séreux a été le terme; 2° à faire disparaître du cerveau la sérosité qui le gêne et l'empêche d'accomplir normalement ses fonctions. Nous n'avons jamais pu avoir dans l'idée que l'action mercurielle pût suffire à la fois à tout ce travail curateur, et, dans le traitement d'une aussi redoutable affection, nous ne saurions négliger aucun moyen susceptible de nous donner un bénéfice quelconque.

Nous faisons une juste part aux saignées révulsives et dérivatives quand elles sont demandées par l'état du sujet ou la nature de la fluxion ; nous sommes loin d'oublier que les vésicatoires conviennent, dans l'immense majorité des cas, à certains moments de la maladie ; enfin, nous savons que les doux sudorifiques, les laxatifs et bien d'autres agents peuvent fournir, selon les circonstances, des avantages qui ne méritent point d'être dédaignés.

Nous avons fait usage, dans nos cas heureux, d'onguent napolitain, en frictions alternatives sur la tête ou les cuisses, de 2 à 3 grammes, selon les âges ou la gravité, toutes les deux ou trois heures au début, et ensuite à de plus longs intervalles suivant l'amélioration. Nous avons usé très-sobrement, au contraire, du calomel. Notre observation concorde à ce sujet avec celle du professeur Golfin, de Montpellier; cet éminent praticien s'est convaincu que la salivation était loin ici d'être utile, et le calomel, surtout divisé en faibles doses, produit trop vite ce résultat. Les frictions faites suivant la méthode mentionnée ne provoquent que tardivement cet effet dans les cas rebelles et ne l'amènent pas généralement chez les sujets qui doivent guérir avant que la maladie ne soit suffisamment à sa période de rétrogradation.

A l'article *Hydrocéphale aiguë* du Dictionnaire des sciences médicales, M. Itard soutient absolument le contraire de ce que nous venons d'avancer. Il se fonde à ce sujet sur l'observation des accidents remarqués chez les syphilitiques qui ont été uniquement soumis au traitement par les frictions mercurielles. Mais il n'y a aucune analogie entre les dispositions des sujets syphilitiques et celles de nos malades, et de plus, chez les premiers, les frictions doivent se poursuivre un bien plus grand nombre de jours, ce qui enlève au conseil donné par M. Itard, de recourir de préférence au calomel, la valeur pratique que nous donnons à d'autres préceptes de ce savant médecin.

Chez le jeune Crouzet, sur qui nous avons fait près de quarante frictions, la salivation n'a pas été sensible; mais la couleur du visage, l'observation de quelques selles sanglantes nous ont fait craindre les effets du mercure, et on a pu remarquer tous les ménagements que nous avons mis dans nos dernières prescriptions de ce remède.

Il nous reste à rapporter les trois cas malheureux de notre série. Comme leur histoire détaillée nous entraînerait à des répétitions inutiles, nous nous contenterons d'esquisser ce que chacun de ces faits a offert de plus intéressant.

Obs. III. *Fièvre muqueuse ataxique chez une jeune fille de six ans. — Hydrocéphalie aiguë. — Mort.* — Louise B***, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution naguère forte, était depuis plusieurs mois dans un état d'excessive langueur. Elle ne mangeait que fort peu, et c'est inutilement qu'on cherchait à lui faire suivre le régime le plus varié. Son unique passion était la lecture et les travaux divers de l'école. Malgré la bizarrerie de ses goûts et son défaut d'appétit, cette enfant grandissait beaucoup,

et, à peine âgée de six ans, elle paraissait en avoir huit ou dix; toutefois, elle allait en maigrissant et s'étiolant.

Ses antécédents héréditaires étaient assez fâcheux; elle tenait par son père à des parents très-scrofuleux, et son grand-père maternel était mort d'une maladie de poitrine avec épuisement. Son jeune frère, qui existe encore, est rachitique et scrofuleux au dernier point.

Vers les premiers jours de mai on nous appela, et cette jeune fille nous parut atteinte d'une fièvre muqueuse ataxique, qui sembla s'améliorer pendant quelques jours après l'usage d'un vomitif à l'ipécacuanha, de deux prises de calomel plus tard, en dernier lieu d'antispasmodiques appropriés à son état. L'extrait aqueux de quinquina fut aussi employé en vue de relever les forces, et nous dûmes faire placer aussi des vésicatoires aux mollets.

Le délire, les fuliginosités naissantes des gencives, l'aspect grillé de la langue, la dysurie, divers autres symptômes de l'ataxie semblaient amendés ou effacés, quand nous eûmes à combattre par le sulfate de quinine des exacerbations revenant tous les jours à midi et de plus en plus fortes. De petites doses de fébrifuge eurent parfaitement raison de ces redoublements qui nous paraissaient devoir être d'autant plus attribués à une complication périodique que celle-ci existait en ce moment dans beaucoup d'autres affections du pays.

L'état paraissait sensiblement amélioré, sauf une céphalalgie assez vive dont la malade se plaignait à toutes sortes d'heures et qui avait son siége sur tout le front. Tout à coup, sans qu'aucune imprudence eût été commise et alors que tout traitement médicamenteux était à peu près suspendu, le pouls descendit de 100 pulsations à 50, en présentant de grandes inégalités. En même temps, nous remarquâmes un morne hébétement du visage qui commença à passer plusieurs fois par jour du rouge vif à un grand état de pâleur avec sueur, tantôt douce, tantôt froide.

Nous revînmes au calomel, au musc, au camphre et au nitre. Nous fûmes aussi obligé, à cause de la débilité extrême qui se montrait en certains moments, de reprendre quelquefois l'extrait aqueux de quinquina. Enfin, les frictions mercurielles furent mises en usage.

L'état semblait s'améliorer à certains jours; mais bientôt les plus fâcheux symptômes reparaissaient. Alors, l'assoupissement de la malade était si grand qu'il était impossible par nos cris, ou en l'agitant doucement, de la faire sortir de sa torpeur; ses dents grinçaient de temps en temps et ses mâchoires se resserraient si fort qu'on était souvent plusieurs heures de suite sans pouvoir lui faire prendre la moindre chose. Un lombric fut rendu par le vomissement et un autre par les selles. La diarrhée se déclara à la fin de la maladie et devint très-forte; les selles d'une odeur putride, comme cadavéreuse, liquides et de couleur variable, étaient rendues involontairement : enfin, des convulsions arrivèrent; il y eut hémiplégie du côté droit, spasme tonique du côté gauche. Dès lors, les changements dans la coloration du visage furent encore plus mar-

qués, les vomissements à peu près continuels, le pouls remonta encore à 80 ou 100 pulsations selon les moments. La carphologie exista plusieurs jours avant la mort; les dernières convulsions furent des plus violentes et la malade expira le 19 mai presque à la chute d'une de celles-ci.

En dernier lieu la tête avait été rasée, et nous avions prescrit des frictions sur le cuir chevelu avec une pommade composée de : 8 grammes d'axonge, 1 gramme de tartre stibié, 80 centigrammes d'huile de croton-tiglium, pour deux frictions distancées de douze heures.

Obs. IV. *Excitabilité morbide générale. — Hypertrophie avec dilatation des cavités du cœur. — Hydrocéphalie aiguë. — Mort.* — Pauline A*** appartenait à un père vigoureux mais qui avait des précédents de phthisie connus de nous dans sa famille. Sa mère était nerveuse et chétive. C'étaient des gens très-économes et par trop sobres. Depuis plusieurs mois, on nous consultait pour la jeune fille, sujette à de grands battements de cœur, à des céphalalgies irrégulières très-vives, et toujours brûlée par la fièvre. Son état de maigreur était extrême, et elle grandissait pourtant encore plus vite que la malade de l'observation précédente. Elle jouissait de peu d'appétit et ne désirait que les choses les plus excitantes, qu'on lui accordait trop souvent, avons-nous lieu de croire. Elle fut longtemps atteinte de diarrhée; enfin, les battements du cœur furent encore plus énergiques; ils s'entendaient à distance et la percussion nous laissait voir que cet organe se développait anormalement.

Le 20 mai on nous appela : la petite se trouvait plus fatiguée. Nous la trouvâmes pourtant levée, se plaignant de douleurs intolérables dans la tête. Notre étonnement fut grand, quand nous touchâmes l'artère : le pouls, très-fréquent d'habitude, ne battait plus que quarante-cinq à cinquante fois par minute. Nous crûmes d'abord que les lésions du cœur étaient le point de départ de ce changement, mais bientôt tous les signes de l'hydrocéphalie aiguë nous dévoilèrent la véritable cause de cet événement subit. Rien ne manqua à la manifestation de la maladie.

Sangsues aux mastoïdes; purgatifs légers; eau glacée sur la tête; frictions mercurielles ; enfin, toute notre thérapeutique ordinaire en pareil cas fut mise en usage. Un confrère fut appelé en consultation ; il partagea nos idées sur le diagnostic et le mode de traitement convenable. Il voulut seulement ajouter le calomel selon la méthode de Law ; la salivation ne tarda pas à survenir.

Cette jeune fille mourut le 12 juin, après une agonie des plus longues et un grand nombre de convulsions. Celles-ci avaient amené un état paralytique de tout le côté gauche. Pendant tout le temps, la physionomie et le regard exprimèrent une stupéfaction extatique. L'intelligence ne fut pas pourtant aussi sensiblement troublée que dans nos autres cas, mais il fut longtemps difficile d'arracher à la malade ni le moindre mot ni le moindre signe.

Obs. V. *Etat scrofuleux; carreau; engorgement excessif des glandes du cou. — Hydrocéphalie aiguë. — Mort.* — Raimond

G*** appartenait par son père à une famille de phthisiques et de scrofuleux. Il y a un an, il fit une chute sur la tête ; on le laissa tomber du lit : il n'avait alors que deux ans. Il était resté depuis lors un peu étourdi.

Au mois d'avril dernier, nous soignâmes cet enfant pour une fluxion catarrhale compliquée d'accès périodiques qui nécessitèrent l'emploi du sulfate de quinine. En mai et juin, nous fûmes encore appelé, et ce jeune sujet nous présenta tous les signes du carreau avec fièvre hectique. Enfin, au commencement de juillet, il avait au cou, du côté droit, des glandes très-engorgées, à surface légèrement bossuée.

Il s'alita le 10 juillet pour ne plus se relever ; il mourut le 31 du même mois, après nous avoir présenté pendant vingt jours l'ensemble des symptômes de la maladie qui nous occupe.

Réflexions. — La pratique civile a cela de fâcheux que les médecins peuvent rarement se livrer aux études nécropsiques. Nous eussions vivement désiré éclairer par celles-ci nos présomptions sur l'existence d'une production tuberculeuse des méninges, au moins dans deux des cas que nous venons de rapporter. Nous n'eussions pas seulement satisfait ainsi notre légitime curiosité en vérifiant si les altérations anatomiques correspondaient aux symptômes observés pendant la vie, mais nous serions peut-être arrivé aussi à nous rendre compte de nos insuccès par une médication qui nous a déjà donné de si beaux résultats.

Nos présomptions sur l'existence de tubercules dans les méninges reposent toutefois sur des motifs fort sérieux. Les antécédents ne sauraient être plus explicites dans ce sens, au moins pour les sujets de la troisième et de la cinquième observation. Il y a, dans ces cas, des parents reconnus tuberculeux, et Raimond G*** a eu lui-même à souffrir beaucoup de l'affection scrofuleuse ; comme précédents immédiats, nous avons constaté, en effet, chez ce jeune malade, l'engorgement des ganglions mésentériques avec fièvre hectique et des tumeurs plus caractéristiques encore du côté du cou.

Chez les sujets de la troisième et de la quatrième observation, tous deux âgés de six ans, âge qui semble déjà peu favorable lui-même à l'action curatrice des remèdes, si nous en jugeons par l'ensemble des cas décrits par nous ; chez ces sujets, dis-je, un symptôme a existé avec une violence inusitée ; nous voulons parler de la céphalalgie. Celle-ci siégeait ordinairement au front ou un peu au-dessus, et elle a été surtout extrême chez Pauline A***, jusqu'à la période de prostration. M. Lallemand a insisté beaucoup dans sa deuxième lettre sur la valeur de ce phénomène au point de vue du diagnostic des inflammations de l'encéphale ; si les asser-

tions de ce savant anatomo-pathologiste sont fondées, une vive inflammation a dû exister ici avant la formation de l'épanchement séreux, ce qui nous rendrait assez bien compte des symptômes observés et coïnciderait assez bien aussi avec notre croyance d'une production tuberculeuse dans les méninges.

Faisons remarquer, en terminant, la fâcheuse action qu'a paru exercer chez nos malades l'administration pourtant obligée du sulfate de quinine et la promptitude avec laquelle la salivation a été produite dans un de nos cas malheureux par le calomel administré selon la méthode de Law.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur les corps étrangers introduits dans l'urètre et dans la vessie.

Par M. le docteur FOUCHER,
chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Les corps étrangers introduits accidentellement dans l'urètre et dans la vessie sont tellement variés, quant à leur forme et à leur nature, que chaque cas offre en quelque sorte des indications qui sont laissées à l'appréciation du chirurgien ; il doit chercher dans la connaissance des moyens déjà employés en pareil cas, et dans sa propre expérience, le choix de la méthode la plus utile dans le cas particulier qui s'offre à son observation. C'est ce qui nous engage à faire connaître en détail l'observation d'un malade que nous avons traité récemment à l'Hôtel-Dieu, puis à la rapprocher des faits semblables connus, afin d'en déduire quelques préceptes utiles pour le traitement de ces corps étrangers.

OBS. *Morceau de cuir verni introduit dans la vessie.—Extraction. — Guérison.* — Le 29 août 1860, le nommé Bresteau, tailleur de pierres, âgé de quarante-cinq ans, est entré au numéro 29 de la salle Sainte-Marthe (Hôtel-Dieu), pour faire extraire un morceau de cuir qu'il s'est introduit dans la vessie, il y a trois jours, sous prétexte qu'il éprouvait des douleurs vives dans le canal de l'urètre. Nous avons pu supposer de prime abord, en remarquant la forme *en massue* du gland, que cet individu avait l'habitude de la masturbation, bien qu'il ait toujours persisté dans ses dénégations à ce sujet. Voici, du reste, les antécédents qu'il nous raconte :

Il y a six ans, il fut atteint d'un calcul vésical que l'on essaya en vain de broyer et pour lequel il dut subir l'opération de la taille, qui fut pratiquée par M. Voillemier avec un plein succès. Depuis cette époque, cet homme n'a ressenti aucun malaise, le calcul ne s'est pas reproduit, lorsque le 26 août, c'est-à-dire trois jours avant

son entrée à l'hôpital, il prit un morceau de cuir verni de plus d'un pouce de longueur, qu'il roula comme une cigarette et introduisit dans le méat. Ce corps étranger, poussé de plus en plus dans l'urètre, échappa tout à coup au malade et, comme il arrive ordinairement en pareil cas, chemina promptement jusque dans la vessie. Dès que le corps étranger fut parvenu dans la vessie, le malade commença à souffrir. Le premier jour, il urina plus de trente fois; il ne sortait à chaque miction que quelques gouttes d'urine accompagnées d'un peu de sang. Le deuxième jour, les douleurs furent moins vives, le malade urina moins souvent, mais les urines étaient teintes de sang, et le troisième jour, c'est-à dire le 29 août, les douleurs continuant, les urines restant sanglantes et les besoins d'uriner fréquents, le malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu. Le 30 août, à la visite, M. Foucher, chargé alors du service de la salle Sainte-Marthe, après avoir recueilli les renseignements que nous venons de rapporter, voulut, avant tout, s'assurer de leur authenticité, en pratiquant une exploration directe. Cette exploration fut pratiquée au moyen de la sonde d'argent, après l'introduction préalable d'une certaine quantité d'eau tiède dans la vessie. Au niveau du bulbe, la sonde éprouve une striction assez forte qui oblige à la pousser doucement, puis elle pénètre dans la vessie, sans autre difficulté. Dès les premiers tâtonnements, on rencontre le corps étranger, qui donne la sensation d'un frottement assez rude plutôtque celle d'un choc, comme cela s'observe dans le cas de calcul. La sonde est retirée, sans que l'on songe pour le moment à faire aucune tentative d'extraction, parce que l'on n'a pas les instruments convenables. Le 4 septembre, M. Foucher, ayant le dessein d'extraire le corps étranger par l'urètre, s'il parvient à le saisir à l'une de ses extrémités, s'est muni de plusieurs brise-pierres de formes différentes, mais tous de petit calibre, et de quelques-uns des nombreux instruments inventés pour l'extraction des corps étrangers de la vessie, entre autres de celui proposé par M. Mercier. Un petit brise-pierre à mors pleins et presque plats et à écrou brisé est d'abord introduit avec facilité. Le corps étranger est saisi assez facilement, mais il cède après quelques tractions, et l'on trouve, entre les mors de l'instrument, une petite quantité d'une matière noire, qui ressemble à du vernis.

Pendant cette tentative, le malade avait expulsé promptement tout le liquide introduit préalablement dans sa vessie, et dès ce moment on remarqua que le corps étranger avait été rencontré et saisi plus aisément. Dans la journée, les urines sont un peu sanguinolentes et troubles. Le malade a pris un grand bain et n'a pas souffert.

Le 5 septembre, le brise-pierre est introduit sans injection d'eau préalable. Le corps étranger est promptement saisi, et, l'instrument étant solidement fixé, on l'entraîne jusqu'au col de la vessie; des tractions assez énergiques sont exercées pour vaincre la résistance que l'on éprouve, le malade accuse une douleur vive, mais la résistance semble céder peu à peu, lorsque le corps étranger s'échappe, et l'instrument est retiré contenant encore entre ses mors de la matière noire et quelques incrustations.

Le malade souffre un peu dans la journée, les urines sont muqueuses et sanguinolentes.

Le 6 septembre, une courte tentative infructueuse est faite avec ménagement; et vu l'état des urines, qui sont ammoniacales et fétides, et la continuité des douleurs vésicales, on laisse reposer le malade jusqu'au 10 septembre.

Le 11 septembre, M. Foucher, attribuant l'insuccès des tentatives précédentes à ce que le corps étranger a dû être saisi par le milieu, songe un instant à se servir de l'instrument de M. Mercier, qui a pour but de plier les corps étrangers flexibles; mais considérant d'une part que cet instrument est volumineux, et de l'autre que les notions sur la forme, le volume et la disposition actuels du morceau de cuir sont trop vagues, il se décide à se servir d'un petit brise-pierre à mors fenêtrés, sur lesquels il a fait pratiquer des dentelures profondes et très-aiguës. Cet instrument est introduit sans difficulté, le corps étranger est saisi après quelques tâtonnements, serré aussi fortement que possible, et amené jusqu'au col de la vessie. A ce point, la résistance est grande, mais au moyen de tractions lentes, continues et énergiques, cette résistance cède peu à peu, et on sent le corps étranger progresser doucement dans l'urètre; il arrive ainsi au niveau de la partie antérieure du bulbe; mais à ce point il échappe, et l'instrument est retiré seul.

Le doigt, porté immédiatement sur l'urètre, rencontre une saillie considérable et allongée, formée par le corps étranger distendant considérablement le canal à la partie antérieure de la région bulbaire. Une pression énergique exercée en arrière ne fait subir aucun déplacement au corps étranger : un instant l'on songe à l'emploi de la pince de Hunter; mais, supposant qu'il sera difficile de saisir ainsi assez solidement un corps étranger aussi volumineux et aussi fortement fixé dans l'urètre, M. Foucher renonce aussitôt à cette idée, et fait avec le bistouri dans la région bulbo-spongieuse de l'urètre, au niveau du relief du corps étranger, une incision longitudinale, exactement sur la ligne médiane. L'on arrive ainsi, en incisant couches par couches, promptement et facilement, à faire une boutonnière, qui est agrandie au moyen d'une incision sur la sonde cannelée, et qui permet d'extraire avec une pince à pansement le morceau de cuir. Il s'écoule peu de sang, et une grosse sonde en gomme élastique est introduite immédiatement et avec facilité dans la vessie pour y être laissée à demeure.

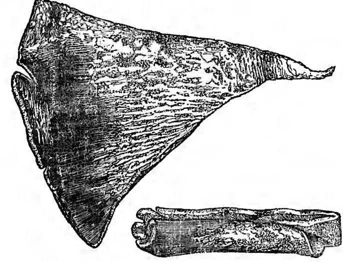
Le morceau de cuir extrait est enroulé sur lui-même (fig. 1, p. 496) et sa pointe est repliée; sa concavité est en partie remplie d'incrustations; il n'a pas moins de 6 centimètres de longueur et près de 1 centimètre de diamètre. En le déroulant, on voit qu'il a la forme d'un triangle dont les côtés ont 6 centimètres chacun (fig. 2).

Les jours suivants, le malade n'éprouve aucun accident; il n'a pas souffert, n'a pas eu de fièvre; il urine bien et les urines deviennent de jour en jour plus claires.

Le 15 septembre, la sonde, qui commençait à se recouvrir d'une légère couche sédimenteuse, est remplacée. La plaie est cicatrisée

dans les trois quarts de son étendue et verse à peine quelques gouttes d'urine.

Le 17 septembre, dans la nuit, le malade, qui s'était déjà plaint à la visite du soir, retire sa sonde pour se soulager, de sorte que, le lendemain, les urines coulaient en partie par la plaie. On place une nouvelle sonde. De jour en jour la plaie, qui a été pansée avec des compresses imbibées d'eau froide, se rétrécit. Le malade n'éprouve aucun accident, mange bien.



(Fig. 2.) (Fig. 1.)

Tous les trois ou quatre jours, la sonde est changée jusqu'au 25, époque à laquelle il n'existe plus qu'un très-petit pertuis qui, depuis plusieurs jours déjà, ne donne plus issue à aucune goutte d'urine. La sonde est définitivement enlevée le 27 et, le 29 septembre, la cicatrisation étant complète, on permet au malade de se lever. Tout s'était donc passé très-simplement; et la boutonnière urétrale, malgré son étendue, s'était fermée complétement en dix-huit jours. Le malade reste encore quelques jours à l'hôpital; il se lève tout le jour, urine librement, ses urines sont claires; il ne ressent plus aucune gêne de ce côté et quitte l'hôpital le 2 octobre. (Observation recueillie par M. Michel, interne du service.)

Toutes les fois qu'un corps étranger a pénétré accidentellement dans la vessie ou dans l'urètre, le malade est menacé d'accidents sérieux, de souffrances vives, de rétention d'urine, d'hématurie, de cystite, etc., et si le séjour du corps étranger se prolonge, il s'incruste rapidement de concrétions calcaires et devient le noyau d'un calcul plus ou moins volumineux. L'indication est donc ici nette et pressante : il faut extraire le corps étranger. Le choix de la méthode à

employer en pareil cas est basé sur le mode d'introduction, la nature, la forme, le volume du corps étranger ; or, ces diverses circonstances peuvent offrir une variété presque infinie ; il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir le mémoire de Morand (Académie de chirurgie, t. IV), le livre de M. Civiale, et surtout l'intéressant travail publié en 1856, sur ce sujet, par notre excellent collègue et ami, le professeur Denucé (de Bordeaux). Cet habile chirurgien a pu recueillir 391 observations de corps étrangers introduits dans la vessie, tant chez l'homme que chez la femme.

S'il est vrai que ces corps soient quelquefois parvenus dans la vessie accidentellement, les uns par suite de manœuvres chirurgicales malheureuses (sondes, bougies, etc.), les autres après une rupture des parois de la vessie, qui fait communiquer celle-ci soit avec l'extérieur (balle de plomb, etc.), soit avec le rectum (débris alimentaires), soit avec le vagin (pessaire, etc.), soit avec une cavité anormale, abcès, kyste ovarique, comme dans le cas raconté récemment à l'Académie par M. Civiale, il est juste d'ajouter que, le plus souvent, comme chez notre malade, le corps étranger a été introduit dans l'urètre sans raison légitime ; et sur les 391 faits de M. Denucé on en trouve 258 où il faut bien songer aux écarts de la plus honteuse dépravation. C'est, en définitive, par le méat urinaire que les corps étrangers ont été le plus souvent poussés dans la vessie, soit par le malade lui-même, soit par des personnes étrangères.

Lachèse, au dire de Morand, a extrait de la vessie d'une jeune fille un cure-dents, qui y avait été introduit deux mois auparavant. Une vieille fille, dont parle Lamotte, préférait employer une très-grosse épingle qui aussi s'échappa dans la vessie. C'était une aiguille d'os qui faisait les délices d'une jeune fille de Venise, qu'observa Moïnichen. Morgagni assure que les cas de ce genre n'étaient pas rares en Italie, et que des filles lascives s'insinuaient souvent dans l'urètre des aiguilles d'os qui servaient à leur coiffure. En France, les filles qu'une dépravation révoltante porte à de telles manœuvres semblent accorder la préférence à l'étui ; ainsi, c'était un tel objet que l'on rencontra dans la vessie d'une fort jolie demoiselle de vingt ans, qu'opéra Rigal ; il n'avait pas moins de 3 pouces et demi de long et de 1 pouce et demi de circonférence. Il en était de même pour les femmes opérées par Rétif et Cartier. C'était, au contraire, avec un sifflet d'ivoire, long de 3 pouces et demi et gros de 5 lignes, que se masturbait la fille dont parle M. Pamard, tandis que la malade de M. Faure introduisait dans son urètre un gros morceau de bois irrégulier et rugueux. L'observation que Chopart a

consignée dans son ouvrage, d'un berger qui, pour provoquer l'émission du sperme, se déchirait l'urètre avec une baguette de bois qui tomba dans la vessie, a été transcrite un trop grand nombre de fois pour que nous la rapportions ici. Nous dirons seulement que feu Bonet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Clermont, racontait dans ses leçons l'histoire d'un vigneron qui se polluait avec une baguette de sarment; pendant l'émission du sperme, il lâcha le bâtonnet qui s'enfonça dans l'urètre et parvint dans la vessie où il détermina des accidents. Bonet pratiqua la lithotomie et retira le corps étranger, dont la longueur était de 3 pouces et la grosseur de 3 lignes de diamètre. Rigal a donné ses soins à un homme de trente-huit ans qui, dans le même but, faisait usage d'une tige de glaïeul; il eut le malheur de voir casser l'instrument de sa brutale passion, qui tomba dans la vessie et y séjourna deux mois. Le corps étranger retiré par l'opération de la taille avait 9 pouces de long. M. Civiale a rapporté l'histoire d'un homme, dans l'urètre duquel des blanchisseuses avaient introduit le médaillon que l'une d'elles portait au cou. Il suffit de ces exemples pour montrer jusqu'à quel degré d'abjection peut arriver l'homme que subjugue une passion sans frein.

Il est, en général, facile de comprendre qu'un corps étranger, comme ceux que nous venons de citer, introduit dans l'urètre dilatable et à peu près rectiligne de la femme, arrive dans la vessie, mais il n'en est plus de même quand il s'agit de l'urètre long, étroit et curviligne de l'homme. On se trouve encore plus embarrassé quand on songe qu'il n'est pas seulement question d'objets courts et petits, comme des graines, des épingles, etc., mais encore d'objets volumineux, rugueux, très-longs. Ce ne peut être que par l'action d'une puissance énergique qu'un pampre de vigne de 3 pouces (Bonet, Chopart), un manche de pinceau de 3 pouces (Civiale), une petite clef (Diemerbroeck), un clou de fer à cheval Civiale), une tige de canne de Provence de 16 centimètres (Piffard), un os de mouton (Roux), un bout de cordelière (Scaramucci), le morceau de cuir que nous avons décrit et représenté, etc., ont pu parcourir tout le canal de l'urètre et arriver dans la vessie. Il suffira du reste, pour avoir une idée de la bizarrerie et de la variété des corps étrangers introduits dans la vessie, de jeter un coup d'œil sur le tableau dressé par M. Denucé ([1]). Cependant, malgré leur extrême variété, tous ces corps ont une forme allongée ou arrondie et ovoïde.

([1]) Sur 391 faits que M. Denucé a recueillis, il a trouvé : 78 cas de débris de sondes ou d'instruments lithotriteurs, 82 aiguilles, épingles, passe-lacets, 6 ai-

On a expliqué de différentes manières la progression vers la vessie des objets introduits dans l'urètre. Les uns, avec M. Denucé, admettent que ces corps étrangers ont une tendance irrésistible à descendre dans la vessie, en vertu de cette loi physiologique qui fait que tous les canaux excréteurs, après l'acte d'émission, jouissent d'une sorte de retrait, de mouvement antipéristaltique, excité par les dernières parties de la matière excrétée, et qui tend à les ramener violemment vers leurs réservoirs. C'est ce qui arrive aux dernières gouttes d'urine, aux derniers débris de matière fécale; c'est ce qui doit arriver accidentellement aux corps étrangers mis dans les mêmes conditions, par rapport aux parois de ces canaux et notamment du canal de l'urètre. Mais cette action antipéristaltique n'est pas si certaine dans ses effets qu'assez souvent les corps étrangers de l'urètre ne soient, au contraire, chassés au dehors, ainsi qu'on le voit pour les bougies introduites dans l'urètre; et c'est même la règle, quand celles-ci n'ont pas été poussées jusque dans la vessie; il en est de même pour les calculs urétraux et pour d'autres corps étrangers. C'est pour expliquer cette différence dans les résultats que M. Civiale a cru pouvoir émettre la proposition suivante : « Il est constaté, dit-il, que le déplacement des corps étrangers dans l'urètre diffère suivant leur point de départ. Les graviers, les fragments calcaires ot tous autres, s'engageant par l'orifice interne, cheminent d'arrière en avant, à part même l'impulsion donnée par les contractions vésicales; tandis qu'ils vont naturellement d'avant en arrière lorsqu'ils pénètrent par le méat urinaire. » (Académie de médecine, séance du 26 juin 1860).

Cette proposition a paru trop exclusive à M. Ségalas qui, dans la séance du 17 juillet, est venu la combattre avec les arguments sui-

---

guilles d'os ou d'ivoire, 6 cure-oreilles, 1 crochet de brodeuse, 1 poinçon, 51 sifflets d'ivoire, 1 fuseau d'ivoire, 15 balles de plomb, 5 petites clefs, 8 cas de fragments métalliques, 12 cas d'os, 10 cas de cailloux ou fragments de porcelaine, 6 porte-plumes, 15 étuis, 10 tuyaux de pipe, 4 tubes de verre, 21 baguettes de bois, 54 tiges de plantes, 26 cas de fruits ou noyaux, 4 bougies de cire à brûler, 3 plumes, 1 lame de baleine, 2 cordons de cuir, 3 mèches de cheveux, etc.

Le même observateur fait remarquer que les habitudes professionnelles exercent une influence sur le choix de l'objet, puisque l'on trouve un bout de cierge dans la vessie d'une religieuse, un morceau de cordelière dans celle d'un capucin, une aiguille dans celle d'un tailleur, un étui dans celle d'une couturière, un os de mouton dans celle d'un berger, un manche de pinceau dans celle d'un peintre, un pampre de vigne dans celle d'un vigneron, un porte-plume dans celle d'un maître d'école.

vants : « Quel est le chirurgien qui n'a pas vu des bougies coniques de cire ou de gomme élastique être rejetées en dehors plus ou moins de temps après avoir été poussées jusqu'à la prostate, en vue de combattre des rétrécissements de l'urètre? D'une autre part, que de fois des graviers, des fragments de calculs engagés dans la partie profonde de l'urètre ne sont-ils pas rentrés dans la vessie ! La direction que prennent les corps étrangers dépend de leur forme, de leur volume, de leur position et de plusieurs autres circonstances, et non de la voie d'introduction. Les corps de petit volume logés dans la partie antérieure de l'urètre tendent à en sortir par le méat urinaire. Les corps allongés, cylindriques (bougies, sondes), poussés jusqu'à la portion membraneuse du canal, peuvent être saisis par cet anneau musculeux, et être attirés vers la vessie, les muscles bulbo-caverneux y aidant, ainsi que cela a lieu pour le bol alimentaire soumis à l'action des muscles du pharynx. Quand l'extrémité externe est près du méat et qu'il survient une érection, cette extrémité disparaît facilement derrière l'ouverture, et trouve ensuite un point d'appui soit sur ses lèvres, soit dans la fosse naviculaire, pendant le retrait de l'organe, et il en résulte pour ce corps une nouvelle impulsion vers l'intérieur. Nul doute, en outre, que ce ne soit à des manœuvres imprudentes du malade ou du chirurgien qu'ait été due d'abord, dans la partie antérieure de l'urètre, la marche vers la vessie de corps de petit volume et d'origine externe, tels que les épingles, les haricots, etc., et qu'ensuite, une fois arrivés dans la région membraneuse, ils n'aient été entraînés vers la vessie par la contraction des parois musculaires du canal. C'est donc en tenant compte de la position qu'occupent les corps étrangers dans l'urètre, et des conditions dans lesquelles ils s'y trouvent, que l'on conçoit leur déplacement. »

Déjà, dans un mémoire intéressant sur les corps étrangers introduits dans l'urètre (Gazette hebdomadaire, 1857, p. 57), MM. Demarquay et Parmentier avaient fait jouer un rôle important à la turgescence du pénis. « Au moment où l'érection est arrivée à son comble, disent-ils, si le malade lâche le corps étranger, l'urètre, irrité par sa présence, s'applique fortement sur lui et l'entraîne en arrière à mesure que l'érection cesse. Le malade ne peut le retirer, et ses efforts ne servent qu'à le faire pénétrer plus avant, quelquefois jusque dans la vessie. » Enfin, M. Mercier a surtout invoqué l'action des fibres musculaires qui entourent le col de la vessie. «J'ai démontré, dit-il, que le col de la vessie se ferme par une traction de son bord postérieur au-dessus de l'antérieur. Ceci admis, sup-

posons qu'une sonde ait pénétré dans le canal au delà du méat, et que ce mouvement du bord postérieur s'exécute avec énergie, il tendra à la faire basculer et glisser sur le bord antérieur et à l'entraîner vers la paroi antérieure de la vessie; elle montera donc à chaque contraction, et, ne reculant jamais, elle finira par être absorbée en entier. »

Ces diverses explications, fort ingénieuses, ont peut-être le tort d'être trop exclusives. Il faut admettre que souvent les manœuvres imprudentes du malade, ayant pour but d'attirer le corps étranger en avant, ont au contraire pour résultat de le faire progresser d'avant en arrière dans la portion spongieuse du canal de l'urètre, jusqu'à la région membraneuse. Dans d'autres circonstances où des idées lubriques ont motivé l'introduction, le phénomène de l'érection peut contribuer à pousser le corps étranger vers les parties profondes, et cela par le mécanisme suivant : pendant l'érection, les parois urétrales sont fortement pressées et appliquées sur le corps étranger par les corps caverneux turgescents; mais, au moment où l'érection cesse, le canal urétral devient flasque, ne comprime plus le corps étranger qui alors progresse vers les parties profondes par l'action des fibres longitudinales qui, tout à l'heure distendues, reviennent sur elles-mêmes et tendent à ramener l'urètre et le corps qu'il contient vers leur point fixe, c'est-à-dire vers la racine de la verge. L'élasticité seule des tissus pourrait produire ce retrait et la progression vers la région membraneuse. Que le corps étranger ait gagné cette région par l'influence de manœuvres imprudentes ou par le retrait de la verge après l'érection, une fois arrivé dans ce point il est soumis à l'action d'un appareil musculaire puissant qui, par un mouvement antipéristaltique, l'entraînera facilement et souvent avec promptitude jusque dans la cavité vésicale, non pas ordinairement par un mouvement spasmodique analogue à celui du pharynx, ainsi que le pense M. Ségalas, mais plutôt par un mouvement continu, lent ou vif, que le mécanisme invoqué par M. Mercier peut bien contribuer à produire. Toujours est-il que, dans le cas que nous avons eu à observer, nous ne pouvons attribuer la progression d'un corps étranger aussi volumineux, aussi irrégulier, qu'à une action énergique, en partie produite par des manœuvres inconsidérées.

Les phénomènes que nous avons observés chez notre malade sont ceux qui se manifestent habituellement en pareille circonstance. Ainsi, le contact du morceau de cuir avec la muqueuse vésicale détermina un écoulement de sang et de la douleur; c'est parce que

le malade fut effrayé de ces accidents qu'il vint promptement réclamer les secours de la chirurgie.

Il arrive assez souvent que l'individu qui s'est introduit un corps étranger dans la vessie, souffrant peu ou se roidissant contre la douleur afin de ne pas faire d'aveux humiliants, ne se présente que tardivement au chirurgien, sans donner des renseignements exacts sur la cause de sa souffrance. Il faut alors que le chirurgien puisse constater directement la présence d'un corps étranger qui alors offre habituellement les caractères d'un calcul, à cause des incrustations qui l'entourent. Ces incrustations se forment rapidement; elles augmentent le volume du corps étranger, en changent la forme, la surface, la consistance, de façon qu'en l'absence de renseignements c'est, en définitive, un calcul vésical que le chirurgien reconnaît. Il est à remarquer que ces incrustations calcaires affectent une forme déterminée : sur les corps ronds et courts, elle est générale; sur les corps allongés, la matière calculeuse ne se dépose que vers le milieu, et c'est là une condition fâcheuse, parce que la vessie supporte mal un calcul terminé par deux extrémités rugueuses et pointues. Rien n'est plus propre à faire comprendre tous les inconvénients d'une pareille disposition que l'observation suivante, empruntée au mémoire de Morand (Mémoires de l'Académie de chirurgie, t. III, p. 612), et que nous rapportons d'autant plus volontiers que le calcul dont il est question se trouve au musée Dupuytren.

« J'ai communiqué, dit Morand, à l'Académie royale des sciences l'histoire d'une jeune fille de Parme, de basse condition, âgée d'environ vingt ans, accoutumée à coucher avec une autre fille qui aurait voulu faire avec elle des fonctions dont elle était incapable ; elle se servit d'une grosse aiguille à tête d'ivoire, de la longueur du doigt, qui, dans une action particulière entre les deux compagnes, entra dans l'urètre de Domenica et tomba dans la vessie. Peu de jours après, Domenica commença à n'uriner que goutte à goutte et avec de très-grandes douleurs. La honte de déclarer son aventure lui fit cacher son mal pendant cinq mois ; mais enfin, maigrissant et ayant de la fièvre, elle eut recours à un chirurgien, qui, ayant introduit le doigt dans le vagin et ayant senti l'aiguille, découvrit avec un instrument un bout de l'aiguille, emporta les matières pierreuses qui étaient autour, et crut avoir fait une belle opération ; mais la malade continuant d'être dans le même état et n'ayant eu par cette manœuvre aucun soulagement, M. Zampollo fut appelé; il introduisit la sonde dans la vessie, qui était déchirée et ulcérée du côté du vagin, et il sentit un corps dur. Pour soulager les vives

douleurs, il fit prendre à la malade beaucoup d'huile d'olives, et quelques jours après, la pierre qui s'était formée autour de l'aiguille parut à l'orifice du vagin par le trou fait à la vessie, et on la tira avec la main sans l'aide d'aucun instrument. La fille cessa de souffrir et fut en état d'agir; il lui resta une incontinence d'urine avec de légères inflammations dans ces parties, qui lui arrivaient de temps en temps. » (Voir pl. XVIII, fig. 3 du mémoire de Morand.)

Le musée Dupuytren renferme 16 calculs ayant pour noyau un corps étranger introduit dans la vessie; on en trouve la description succincte dans le Manuel d'anatomie pathologique de M. Houel (p. 437), et l'on voit que les incrustations calcaires sont ordinairement formées par le phosphate ammoniaco-magnésien, le phosphate de chaux, et que plus rarement on y rencontre le carbonate de chaux ou l'urate d'ammoniaque.

Il n'est pas extrêmement rare de voir la présence des corps étrangers produire des accidents analogues à ceux que nous voyons signalés dans l'observation précédente, et qui se rapportent à la cystite, aux abcès, aux perforations, etc. Sur 386 observations relevées par M. Denucé, on trouve 21 cas de mort indépendants de toute opération, et le plus souvent la mort a été causée par l'inflammation vésicale et ses suites, abcès, gangrène, phlébite, ulcération, et il est à remarquer que ce sont presque toujours les corps allongés et aigus, tels que les épingles, les aiguilles, qui ont amené de telles complications. Dans un cas rapporté longuement par M. Caudmont (Bulletin de la Société anatomique, 1850, p. 354), un porte-plume de près de 9 centimètres avait pu séjourner dans la vessie pendant cinq mois sans déterminer d'accidents ; mais il finit par perforer la vessie, et, quand le malade mourut, il n'y avait pas moins de quatre perforations. Il ne faut pas oublier le danger des corps pointus, car il pourra être conjuré par une extraction immédiate. Les corps arrondis, surtout s'ils sont lisses et polis, peuvent habituellement séjourner longtemps dans la vessie sans produire des accidents aussi sérieux, et ce sont eux qui souvent ne sont reconnus qu'après l'extraction du calcul dont ils forment le noyau.

Il arrive aussi, quand ils sont peu volumineux, qu'ils sont expulsés spontanément de la vessie. Dans les 37 cas d'expulsion spontanée notés par M. Denucé, nous trouvons, en effet, 10 cas de noyaux de prunes, graines d'anis, pois, pepins, etc., 3 cas de grains de plomb, 3 cas de petites aiguilles d'os, 1 cas de pilule médicamenteuse; mais il faut cependant ajouter à cela 10 cas d'aiguilles dont la sortie spontanée s'explique plus difficilement, et, comme corps

plus volumineux, 1 fragment de sonde, 1 épi de blé, 1 tige de fougère, etc. Quoique cette expulsion semble plus facile chez les femmes, on trouve cependant 14 hommes sur les 37 cas indiqués. Lorsqu'il s'agit d'aiguilles, d'épingles, l'élimination peut être incomplète et le corps étranger s'arrête dans l'urètre, et, de même que ces objets, introduits dans le tube digestif, ont pu pénétrer dans le tissu cellulaire, traverser les organes, faire saillie sous la peau ou s'introduire dans certains réservoirs comme la vessie, de même ces corps aigus, une fois introduits dans cet organe, peuvent en traverser les parois et se faire jour dans le vagin, le rectum, sous la peau, etc.

En résumé, quand un corps étranger a été introduit dans la vessie, il peut bien ne pas manifester sa présence pendant quelque temps; mais, tôt ou tard, il sera la source d'accidents sérieux, à moins qu'il ne soit expulsé spontanément, ce qui constitue la circonstance la plus favorable. Le plus souvent, pour peu que ce corps soit assez volumineux et irrégulier, les accidents se produisent immédiatement, et, au premier rang, il faut noter la douleur, l'hématurie, l'inflammation de la vessie et ses conséquences, les perforations, fistules, infiltrations d'urine, etc.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sirop d'arséniate de soude. — Rectification.

Deux erreurs typographiques se sont glissées dans les formules publiées dans notre dernier numéro. Quelque convaincu que nous soyons qu'elles ont dû être redressées par nos lecteurs, nous ne nous en croyons pas moins obligé de les rectifier. Ainsi, à la page 437, on a imprimé : sirop de sucre, 30 grammes, au lieu de : 300 grammes. Nous reproduisons cette formule :

Arséniate de soude..............	5 centigrammes.
Sirop de sucre..................	300 grammes.

De 1 à 5 cuillerées à café par jour.

Potion fébrifuge du docteur Laine. — Rectification.

Dans la formule insérée, p. 458, pour la quantité d'éther qui entre dans cette potion, on a imprimé le mot *grammes* au lieu du

mot *gouttes*. Les remarques que nous avons présentées, quant à la substitution possible du chloroforme à l'éther, dans le but d'augmenter les propriétés fébrifuges de la formule du docteur Laine, ont dû signaler l'erreur.

Décoction de quinquina...........	125 grammes.
Ether...........................	25 gouttes.
Laudanum de Sydenham..........	15 gouttes.
Sulfate de quinine................	1 gramme.

A prendre quatre heures avant l'accès, en deux doses, à un quart d'heure d'intervalle.

Formule de sirop de quinquina, par M. Chapoteaut.—Rectification.

Puisque nous en sommes aux rectifications, nous devons relever une dernière erreur commise dans la formule du sirop de quinquina, qui nous a été adressée par M. Chapoteaut, pharmacien à Decize, et que nous avons publiée dans notre livraison du 15 mars dernier (t. LVIII, p. 219). On a imprimé : 500 grammes de sucre au lieu de : 1,000 grammes ; or, avec la dose indiquée, on obtiendrait une mixture sucrée qui ne se conserverait pas. Voici la formule rectifiée :

Pr. Extrait de quinquina jaune sec de Grandval. 15 grammes.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée chaude.................... 500 grammes.

Ajoutez :

Sucre blanc.......................... 1,000 grammes.

Faites fondre au bain-marie, et passez dans une étamine, ou filtrez au papier.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation témoignant que le tartre stibié à haute dose ne saurait être administré impunément à tous les phthisiques.

M. le docteur Fonssagrives a inséré, dans les numéros du 15 et du 30 juillet dernier du *Bulletin de Thérapeutique* (p. 5 et 49), un article dans lequel il appelle l'attention des médecins sur l'utilité du traitement de la phthisie pulmonaire par le tartre stibié à haute dose. Après avoir, en quelques mots, rappelé l'historique de cette médication, M. Fonssagrives s'occupe du mode d'adminis-

tration de l'émétique et donne trois formules qui ne diffèrent entre elles que par l'addition de substances amères ou sédatives, quassia-amara ou digitaline, et qui toutes les trois ne sont autre chose que la potion classique de Rasori, légèrement modifiée. Parlant ensuite des effets physiologiques apparents de ce traitement, le professeur de Brest affirme que sur cent phthisiques qu'il a eu à soigner par cette méthode, « il n'a pas été obligé d'interrompre une seule fois le traitement par le fait de la révolte gastrique ou intestinale. » Les résultats thérapeutiques obtenus par notre honorable et savant confrère à l'aide de cette médication me parurent tellement merveilleux, relativement à l'inefficacité bien avérée de tous les remèdes préconisés jusqu'à ce jour, l'emploi de l'émétique à haute dose avait été entre ses mains si constamment inoffensif, que je me promis bien de mettre, à la première occasion, ce traitement en usage, bien que, théoriquement, il ne me parût pas rationnel.

L'occasion ne s'est pas fait longtemps attendre, et malheureusement le succès n'a pas répondu aux espérances que j'avais conçues. Je vais tout d'abord rapporter l'observation à laquelle je fais allusion, je serai ensuite fort à l'aise pour conclure.

Obs. M. A. V***, commis-négociant à Libourne (Gironde), tombe malade le 15 septembre 1860 ; il est obligé de s'aliter le 25 du même mois et on le ramène dans sa famille, à Pauillac, le 28 octobre. Ce jeune homme, âgé de vingt-cinq ans, était depuis plusieurs années tourmenté par une toux sèche qui s'exaspérait sous l'influence de la moindre fatigue, et qui s'accompagnait de douleurs erratiques entre les deux épaules et dans divers points de la poitrine. Sa mère est morte phthisique, et lui-même, très-fatigué et très-amaigri par une croissance rapide, a été réformé du service militaire comme faible de constitution.

Le 15 septembre dernier, sans cause appréciable, il est pris audessous du sein droit d'une douleur très-vive, mais ne s'accompagnant pas de fièvre ; il continue néanmoins d'aller à son bureau, et ce n'est que dix jours après qu'il est obligé de s'aliter. M. le docteur Ichon, de Libourne, est appelé à lui donner des soins. Ce médecin reconnaît une pneumonie qu'il traite par une application de sangsues et des vomitifs, et qui se dissipe facilement sous l'influence de ces moyens. Mais tandis que la partie antérieure se dégageait, l'inflammation envahissait sourdement, et sans déterminer de douleur, toute la partie postérieure du poumon droit. M. Ichon diagnostiqua une congestion pulmonaire occasionnée par une masse tuberculeuse occupant toute la partie postérieure du poumon droit, et allait instituer un traitement *ad hoc*, lorsque le jeune V*** fut ramené dans sa famille.

Immédiatement appelé auprès de lui, je le trouvai dans l'état suivant : le malade, extrêmement fatigué par un trajet de vingt-

cinq lieues fait en voiture, est dans le décubitus dorsal ; le décubitus sur le côté malade provoque des quintes de toux fort pénibles et une oppression considérable ; la face est pâle, amaigrie, et exprime la souffrance et le découragement ; les yeux sont ternes et languissants, la parole entrecoupée et la voix presque éteinte ; le malade ne répond qu'avec peine et impatience aux questions que je lui adresse, et demande instamment qu'on le laisse tranquille.

Je me contente de prescrire une potion calmante pour la nuit, et le lendemain je procède à l'examen du malade. A la percussion, je trouve une matité absolue dans toute la partie postérieure du poumon droit ; on sent, en percutant cette résistance, ce défaut d'élasticité des parois thoraciques, indice presque certain d'une hépatisation pulmonaire. En avant, et en bas, dans le point primitivement occupé par l'inflammation, rien à noter. Sous la clavicule droite, un peu d'obscurité de son ; à gauche, la sonorité est normale. A l'auscultation, absence complète du murmure respiratoire en arrière et à droite : souffle tubaire à l'expiration seulement, et d'autant plus prononcé qu'on s'approche davantage de l'angle inférieur de l'omoplate, où il a un timbre éclatant. En avant, sous la clavicule droite, expiration manifestement prolongée ; rudesse de la respiration sans aucun bruit anormal. A gauche, les battements du cœur sont précipités, mais cependant réguliers, sans bruit de souffle. Le pouls, qui est assez fort, oscille entre 88 et 100 pulsations à la minute. La langue est large, plate et recouverte d'un enduit d'un blanc jaunâtre. L'épigastre est légèrement douloureux à la pression. V*** va régulièrement à la selle tous les jours. Anorexie complète, soif modérée.

Le malade a beaucoup maigri depuis le commencement de sa maladie. La peau est chaude et constamment baignée par une sueur abondante, principalement aux jambes, qui sont douloureuses, à la face et à la partie antérieure de la poitrine. L'expectoration est très-abondante et se compose de crachats épais, visqueux, tantôt légèrement teints de sang, tantôt verdâtres sans trace de sang, et arrivant facilement après les quintes de toux. La toux est fréquente et augmente le soir et le matin. V*** n'a jamais eu d'hémoptysie ; mais lors de sa première pneumonie, il a rendu des crachats rouillés.

Les antécédents du malade et les symptômes actuellement existants ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie dont il était atteint, et je diagnostiquai : une pneumonie au second degré (hépatisation rouge) occupant toute la partie postérieure du poumon droit, et des tubercules à l'état de crudité sous la clavicule.

En conséquence, j'instituai le traitement suivant : application de 15 sangsues en arrière et à droite ; tisane d'orge coupée avec l'eau de Vichy ; trois cuillerées à soupe par jour de gelée de lichen d'Islande, préparée d'après la formule du Père Debreyne. Pilules contenant chacune 1 centigramme de sulfate de morphine et 5 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique de digitale. Commencer par une le premier jour et, augmentant d'une par jour, arriver jusqu'à 5 pilules et ne pas dépasser cette dose. Frictions sur les

jambes avec l'huile de jusquiame camphrée et laudanisée; cataplasmes émollients sur l'épigastre; diète lactée.

Je me réservais lorsque la fièvre aurait cédé, et si le poumon recouvrait un peu de sa perméabilité, d'appliquer sur les points malades de larges et profonds cautères, et d'administrer à mon malade l'huile de squale et l'iodure de fer.

Ce traitement, régulièrement suivi pendant huit jours, amène dans l'état du malade les changements suivants : la matité reste toujours absolue en arrière, mais le souffle tubaire s'entend dans les deux temps de la respiration, quoique plus intense à l'expiration; au-dessus de l'angle inférieur et en remontant vers l'épine de l'omoplate, on entend, surtout après les efforts de la toux, un râle muqueux abondant et à grosses bulles; un peu de bronchophonie. En avant et sous la clavicule, aucun changement appréciable.

L'état général s'est sensiblement modifié : la toux est beaucoup moins fréquente, les sueurs moins abondantes ainsi que l'expectoration; les crachats conservent leur teinte verdâtre, mais sont aérés et ne contiennent plus de sang; le facies est meilleur, l'appétit est en partie revenu, et le malade se lève tous les jours un peu; le sommeil de la nuit est calme et rarement interrompu par les quintes de toux.

La langue s'est nettoyée; l'épigastre n'est plus douloureux et déjà, depuis quelques jours, j'avais fait suspendre les cataplasmes; les selles sont quotidiennes, naturelles et non diarrhéiques.

Malgré une amélioration notable dans l'état des organes malades, le pouls, qui ne battait que 88 fois lorsque je fus appelé auprès de M. V***, augmente de fréquence et donne 120 pulsations par minute, la température de la peau restant sensiblement moins élevée.

Devant l'inefficacité de l'opium et de la digitale à haute dose comme hyposthénisants, et m'autorisant des résultats obtenus par M. Fonssagrives et dont je venais de lire la relation, je prescrivis, le 7 novembre, la potion suivante :

Pr. Tartre stibié..................	20 centigrammes.
Sirop thébaïque................	20 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise....	2 grammes.
Eau distillée de laitue...........	120 grammes.

A prendre par cuillerées à soupe d'heure en heure. Si les vomissements ou les selles sont trop fréquents, éloigner les doses et ne donner la potion que toutes les deux heures. Abstinence complète de boissons.

Je revois le malade le lendemain, 8 novembre, et voici ce que ses parents me racontent : la première cuillerée de la potion a été donnée la veille, à midi, et n'a déterminé que quelques nausées; après la deuxième cuillerée, prise à une heure, des vomissements abondants de matières tantôt bilieuses, tantôt glaireuses, se sont déclarés et ont persisté pendant plus d'une heure; pas de selles. La troisième cuillerée a été donnée à trois heures, et successivement toutes les deux heures une cuillerée à soupe; mais à partir de la quatrième cuillerée, les vomissements qui avaient cessé reparaissent; les selles deviennent continues et s'accompagnent de coliques; et

orsque, à quatre heures de l'après-midi, je revois V***, je le trouve dans l'état suivant :

Le malade est dans le délire; les traits sont pâles et décomposés; les yeux fixes, brillants, profondément excavés et entourés d'un cercle d'un noir ardoisé; les pupilles dilatées; la parole basse, brève et saccadée; la respiration anxieuse et précipitée; la langue est rouge sur les bords et à la pointe; et, dans ses moments lucides, le malade se plaint d'une grande chaleur à l'épigastre. V*** est dans un état d'agitation continuelle, cherchant sans cesse à se découvrir et à se lever. Tout le corps est couvert d'une sueur abondante; la toux n'est pas plus fréquente, mais l'expectoration est supprimée; le pouls fréquent, irrégulier, bat 128 fois par minute : soubresauts des tendons. Les extrémités sont froides, les mains cyanosées, et le malade, obligé de se lever à tout moment pour aller à la selle, ne peut être réchauffé.

La potion a été suspendue à deux heures du matin; et, depuis ce moment, le malade a eu environ trente selles diarrhéiques mais ne contenant pas de sang.

Prescription :

Codéine....... 5 centigrammes;
Musc......... 50 centigrammes;

pour 4 pilules argentées.

Une toutes les heures jusqu'à effet sédatif.

Entourer le malade de bouteilles pleines d'eau chaude et lui administrer de temps en temps quelques légers potages. Application sur l'épigastre de flanelles trempées dans la décoction de graines de lin et fréquemment renouvelées.

Le lendemain, V*** est beaucoup moins agité : 100 pulsations par minute; le calme est survenu après la seconde pilule; il n'a eu que trois selles depuis ma dernière visite; mais il ne se rappelle pas ce qui s'est passé la veille, et ses idées ne reviennent complétement lucides que plusieurs jours après.

Aujourd'hui, 18 novembre, le malade ne se ressent plus de la violente secousse qu'il a éprouvée.

Cette observation me semble démontrer :

1° Que la fièvre, ou plutôt la fréquence des battements du cœur, n'est pas toujours en rapport direct avec le plus ou moins d'acuité des lésions organiques qui la tiennent sous leur dépendauce.

2° Que l'extrait hydro-alcoolique de digitale peut être rapidement porté à la dose de 25 centigrammes par jour, sans amener malgré son association à l'opium la sédation du système circulatoire.

3° De ce que M. Fonssagrives a eu affaire à une série de malades qui n'ont été que passagèrement incommodés par le tartre stibié à haute dose, il ne faut pas en conclure nécessairement que cette méthode puisse être applicable indistinctement à tous les su-

jets, et quelle que soit la période de la maladie à laquelle ils sont arrivés, bien qu'il n'y ait aucune contre-indication dans l'état des organes digestifs.

4° Que tout médecin prudent devra, avant de s'engager dans une pareille voie, tâter la susceptibilité plus ou moins grande des organes digestifs de son malade, susceptibilité qui varie avec chaque idiosyncrasie.

5° Que la formule de traitement indiquée par M. Fonssagrives, bien qu'ayant eu entre ses mains des résultats très-heureux, n'est pas plus rationnelle, appliquée empiriquement, que la méthode des saignées coup sur coup dans le traitement des phlegmasies.

M. Fonssagrives pourra dire, je le sais : « Il fallait persévérer dans l'emploi du tartre stibié à haute dose, sans vous inquiéter autrement des phénomènes effrayants que vous observiez : l'assuétude se fût peu à peu établie; et, les selles se supprimant d'elles-mêmes, vous eussiez été obligé de combattre plus tard la constipation. »

A cela je me contenterai de répondre :

Je n'ai pas cru devoir persister, parce que j'ai la conviction profonde que mon malade n'aurait jamais pu supporter l'action plus longtemps prolongée du médicament, et qu'avant que l'accoutumance se fût déclarée, il serait mort.

Cette raison-là en vaut bien une autre. Alp. Ferrier,

D. M. à Pauillac (Gironde).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Mort apparente a la suite des inhalations de chloroforme; trachéotomie; respiration artificielle; retour a la vie. — Nouvelle chloroformisation, quelques jours après, sans accidents. — Que n'a-t-on pas dit de la susceptibilité, en quelque sorte active, de certaines personnes à l'action du chloroforme, et n'avait-on pas été au début jusqu'à conseiller ce qu'on appelait des chloroformisations d'essai? Le fait est cependant que, dans l'immense majorité des cas, il n'y a rien d'individuel dans les accidents produits par le chloroforme, mais seulement quelque chose qui tient, soit à la manière d'administrer le chloroforme, soit, ce qui doit être infiniment plus rare, à une sorte de susceptibilité momentanée et tout à fait accidentelle, presque pathologique. Nous n'en voulons pour preuve que les cas dans lesquels l'administration du chloroforme, suivie d'acci-

dents graves, a pu être recommencée sans aucun inconvénient et poussée aussi loin que cela était nécessaire, sans s'exposer à aucun accident. Comme ces cas sont rares et que la crainte de voir se reproduire les mêmes accidents a souvent paralysé la main des médecins, alors même que les inhalations de chloroforme étaient le plus indispensables, nous croyons devoir rapporter ici le fait suivant :

Marie M***, âgée de vingt-trois ans, d'une constitution assez délicate, sans être très-amaigrie, entra le 15 mars dernier à l'hôpital de la maison de travail de Manchester, pour une affection chronique et obscure du genou gauche, dont elle souffrait depuis quatre ans. Cette femme nourrissait un enfant de cinq mois. Comme les traitements déjà suivis par la malade n'avaient amené aucun résultat, il fut décidé que l'amputation serait pratiquée. Effectivement, la malade fut apportée à l'amphithéâtre dans ce but, le 25 mars. Rien d'anormal dans son expression; son pouls battait cent vingt fois par minute, assez faible; les bruits du cœur étaient normaux. Environ 8 grammes de chloroforme furent versés sur un morceau de linge roulé en cornet; aucune agitation pendant l'inhalation. En deux ou trois minutes le pouls commença à se ralentir, mais il était très-sensible et la respiration naturelle. Bientôt après, la malade semblait tombée dans l'anésthésie, et M. Broadbent, chirurgien de l'infirmerie, était sur le point de commencer l'opération, lorsque la respiration s'arrêta tout à coup et le pouls devint insensible. De l'eau froide fut jetée à la face, les fenêtres furent ouvertes et la respiration artificielle établie, en comprimant et en relâchant alternativement la poitrine : rien n'y fit. La tête tombait sur la poitrine, le menton était abaissé, enfin la malade semblait tout à fait morte. Comme dernière ressource, et pour rendre la respiration artificielle plus efficace, on pratiqua la trachéotomie, et la bouche fut appliquée sur la plaie. Deux minutes après, il y eut des efforts inspiratoires assez faibles ; mais ils cessaient immédiatement dès qu'on interrompait la respiration artificielle. Une sonde de femme fut portée dans la trachée et servit à maintenir la respiration artificielle. Enfin les mouvements respiratoires naturels se rétablirent, au bout d'une heure et demie; après avoir pris 100 grammes d'eau-de-vie, la malade put être rapportée dans son lit, la plaie bandée avec du diachylon. Elle se rétablit rapidement des effets du chloroforme; mais la maladie du genou s'aggravait et Marie M*** demandait avec instance l'opération, qui fut pratiquée le 14 avril. Cette fois, on se servit de l'inhalation de Sibson, et l'opération fut conduite avec plus de prudence encore, s'il est possible, que la première fois. Pendant l'opé-

ration, qui fut assez longue, la maladie s'étendant bien au delà de ce qu'on avait cru, la malade avait absorbé 24 grammes de chloroforme, et cela sans accidents. Elle se rétablit lentement de l'opération; néanmoins le moignon se cicatrisa presque entièrement; malheureusement il y eut récidive, et la mort eut lieu à la suite d'hémorrhagies répétés. L'autopsie montra une dégénérescence graisseuse du cœur et des reins, très-avancée, avec quelques adhérences du poumon droit.

En supposant que les accidents graves éprouvés par cette femme aient été dus à la dégénérescence graisseuse du cœur, il reste cependant à déterminer pourquoi, un mois après, la malade a pu subir, sans inconvénients, les mêmes inhalations qui avaient failli lui être funestes la première fois. Conclusion finale : ou bien les inhalations avaient été mal dirigées, ou bien le système nerveux de la patiente se trouvait dans une condition fâcheuse, qui le rendait plus sensible aux impressions du chloroforme. En somme, aucun fait ne prouve mieux l'inanité de ces prétendues chloroformisations d'essai.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Blessures (*Coup d'œil sur les produites par les explosions qui ont lieu pendant qu'on charge le canon.* Ce genre de blessures, bien étudié par M. Cortese, se produit principalement aux derniers coups, si le canonnier a omis de bien nettoyer le fond de la pièce. S'il y reste quelque matière inflammable, elle prend feu au moment où l'on donne lieu à la production d'un courant d'air en poussant la nouvelle charge. Celle-ci s'enflamme, et, le coup partant avant qu'on ait retiré le refouloir, le canonnier est atteint à la main.

La particularité vraiment digne d'attention dans ce traumatisme, c'est le degré extraordinaire de commotion dont il s'accompagne, et la hauteur à laquelle cette commotion remonte habituellement. En pareil cas, il faut toujours examiner avec soin le membre, se défier du premier coup d'œil, être très-réservé sur le pronostic, et se décider plus facilement à amputer, et à amputer plus haut, que dans les autres plaies par arme à feu. Il est remarquable que, lors même que la diaphyse des os de l'avant-bras est intacte, il y a presque constamment quelque lésion de continuité ou de contiguïté dans l'articulation huméro-cubitale.

M. Cortese va même jusqu'à ériger en principe ce fait, que moins la main est profondément compromise, plus l'existence de désordres lointains est présumable. Si le carpe est brisé, ou si le poignet est luxé, on peut en conclure que l'agent vulnérant a épuisé son action à opérer cette solution de continuité. Si, au contraire, l'articulation radio-carpienne a résisté, elle a servi à transmettre dans son entier l'action de la puissance traumatique, effet qui alors a lieu surtout par l'intermédiaire du radius. Dans ce cas, la région du coude est ordinairement le siége d'altérations profondes (*Giorn. Sard. di med. milit.*, sept.).

Catarrhe vésical *succédant à une cystite aiguë, guérie à la suite d'injections de perchlorure de fer.* — Le perchlorure de fer est un médicament certainement très-précieux, qui remplit déjà des indications bien définies, mais qui, de même que la plu-

part des médicaments nouveaux, est souvent employé d'une manière empirique. Nous croyons devoir enregistrer, comme pouvant servir à dresser plus tard le bilan thérapeutique de cet agent, si nous pouvons ainsi parler, le cas suivant, où du reste il a été employé d'une manière, ce nous semble, rationnelle.

Un cocher, à la suite de longues courses à cheval, répétées plusieurs jours de suite, est pris, le 17 septembre 1858, de fatigue générale accompagnée de douleur dans le bas-ventre, d'envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle. Les douleurs s'accroissent jusqu'au 25, où le malade perd du sang. L'hématurie continue en augmentant jusqu'au 3 octobre, et à cette date il entre à l'hôpital de Roanne, où des bains et des boissons émollientes, continués jusqu'au 27, n'amènerent aucun résultat avantageux. Entré le 10 novembre à l'hôpital de Saint-Etienne, dans le service de M. le docteur Garapon, il est dans l'état suivant : Facies fatigué, perte des forces, anxiété, amaigrissement; appétit assez bon, mais variable; pouls plein et fréquent, à 90 ; douleur profonde et continue au périnée ; besoin d'uriner une ou deux fois par heure, jour et nuit ; miction difficile et douloureuse ; urines rouges, troubles, peu abondantes, laissant déposer un véritable caillot, mou, sans consistance, qui forme à lui seul les deux tiers du liquide rendu. Après deux applications de sangsues au périnée, des bains de siége, des opiacés, le sang est remplacé dans les urines par un dépôt muqueux ; les balsamiques sont alors administrés ; mais les symptômes antérieurs reparaissent, pour s'effacer encore à l'aide des moyens précédemment employés. La teinture de cantharides ramène de nouveau le sang, et le même traitement redevient nécessaire. Enfin, en même temps que l'état-général, les symptômes locaux s'améliorent et il ne reste plus que le catarrhe vésical : l'urine, complétement incolore, laisse déposer un amas abondant de mucosités opaques. Persistance des mêmes phénomènes, seulement un peu améliorés par des injections d'eau froide, jusqu'à la fin de janvier 1859. Le 26, commencement du traitement par le perchlorure de fer ; injection de 200 grammes d'eau à 15°, additionnée de 20 gouttes de perchlorure liquide, injection qui est renouvelée les jours suivants, en augmentant progressivement la dose, qui, le 22, était portée à 3 grammes du sel de fer. Une douleur persistante et assez vive suivait chacune de ces injections ; mais les grands bains, les bains de siége en avaient assez vite raison ; une seule fois il fallut recourir à une nouvelle émission sanguine locale au périnée, pour une exacerbation qui dura quatre jours, et à la suite de laquelle le traitement put être repris et continué jusqu'au 9 mars, en diminuant graduellement les doses. A cette date, le malade conservait les urines trois heures, quelquefois plus ; toute espèce de douleur avait disparu ; le dépôt total des urines de vingt-quatre heures n'excédait pas la contenance d'un dé à coudre ; ce dépôt était blanc, pulvérulent ; il ne restait aucune trace de mucosités filantes. Le malade sortit guéri dans la première quinzaine de mars. (*Annales de la Société de méd. de Saint-Etienne et de la Loire*, vol. I, 3e partie).

Delirium tremens (*Digitale à haute dose dans le*). Nos lecteurs se rappellent la note de M. C.-H. Jones sur le traitement du délire tremblant, que nous avons publiée dans notre numéro du 15 novembre dernier. L'élévation des doses de teinture de digitale, préconisées dans cette note, aura, pensons-nous, quoique chose déjà connue et malgré l'appel fait à la confiance des praticiens par le chirurgien de Jersey, paru excessive à la plupart de nos confrères, et beaucoup trop considérable pour qu'ils aient cru pouvoir se risquer à les prescrire, au cas qu'ils en aient rencontré l'occasion. Il n'y a certes pas lieu de s'en étonner et encore moins de blâmer une prudence qui ne saurait jamais être trop grande quand il s'agit de la santé et de la vie des malades, d'autant plus que nous possédons dans l'opium un médicament dont le maniement est connu et dont l'emploi est le plus souvent suivi de succès contre l'affection dont il s'agit. Mais nous avons encore bien à apprendre en fait de thérapeutique, et l'on sait que l'état de maladie constitue une condition en vertu de laquelle est créée une tolérance particulière à l'endroit des médicaments. Le delirium tremens lui-même, dans lequel on peut faire prendre, non-seulement sans inconvénient, mais avec avantage, des doses très-élevées d'opium ou de morphine, en est un exemple frappant. Dans le but d'éclairer la question qui nous occupe ici, nous allons rapporter un fait qui prouvera, sinon l'efficacité absolue,

l'expérience n'ayant pas été poussée jusqu'au point qu'indique M. Jones, du moins l'innocuité des fortes doses de digitale chez les malades atteints d'œnomanie.

Patrick F***, âgé de vingt-trois ans, cafetier, fut admis à l'hôpital Saint-Thomas de Londres, dans le service du docteur Barker, le 24 octobre dernier. Cet homme était adonné depuis cinq ou six ans à l'abus des boissons alcooliques, absorbant chaque jour de grandes quantités de porter et souvent de l'eau-de-vie de genièvre (*gin*). Il avait déjà éprouvé une ou deux faibles attaques de delirium tremens, la dernière deux ans auparavant. Depuis plus d'une semaine, il n'avait été rien moins que sobre. Au moment de l'entrée, il était tranquille, quoiqu'il fût encore en état d'ébriété; la face était rouge et congestionnée, les yeux injectés, la peau chaude et couverte de sueur, le pouls à 98, plein et dur. On lui administra un émétique, bientôt suivi d'un purgatif. Le 25, pas de sommeil depuis le moment de l'admission ; excitation, agitation continuelle; face pâle et froide ; sueur générale froide et visqueuse; délire, un moment interrompu pour répondre aux questions, reparaissant immédiatement après ; tremblement très-prononcé ; pas de garde-robe après le purgatif; langue chargée d'un enduit blanchâtre épais ; pouls plein, à 96. Grande agitation toute la journée ; le soir, véritable violence; pouls à 112, plein et régulier. Administration d'une demi-once de teinture de digitale, à la suite de laquelle le pouls, au bout d'une heure, tombe à 94, et l'excitation diminue dans une certaine mesure. Quatre heures plus tard, le pouls est remonté à 120, et le délire violent a reparu ; M. Whitfield répète la même dose du médicament. Deux heures après, le pouls est descendu de nouveau à 94; mais il remonte à 104 au bout d'une heure. Le lendemain matin, le malade n'avait pas dormi et continuait à être dans un état d'excitation extrême; toujours constipation ; pouls à 100, régulier, plus mou. M. Barker prescrivit alors une forte dose d'hydrochlorate de morphine combiné avec l'éther, à répéter au bout deux heures ; le soir, le malade s'endormit, eut un bon sommeil toute la nuit et se trouva beaucoup mieux à son réveil. Il quitta l'hôpital, guéri, le 30 octobre. (*Med. Times and Gaz.*, 1er décembre 1860.)

Digitale. *Son action et ses propriétés thérapeutiques*. Bien que la digitale soit un des médicaments les plus usuels, et l'un de ceux qui ont été l'objet des expériences les plus multipliées, il reste encore bien des points obscurs et des sujets d'incertitude sur son véritable mode d'action physiologique. On est sans doute à peu près unanime aujourd'hui sur ses effets immédiats les plus apparents : pour tout le monde, la digitale ralentit les mouvements du cœur; c'est, disent tous les auteurs de matière médicale, un sédatif de l'organe central de la circulation. Mais en vertu de quelle action physiologique sur le cœur ce résultat est-il produit? C'est sur quoi on est loin encore d'être fixé; et cependant, de cette connaissance dépendrait l'indication rationnelle de son emploi. Ainsi, de singulières contradictions semblent ressortir de toutes les expériences qui ont été faites, depuis celles de Withering, qui constata le premier l'effet du ralentissement des battements du cœur, et de Sanders qui crut reconnaître au contraire leur accélération, jusqu'aux recherches plus récentes de MM. Homolle et Quévenne. Ne doit-il pas paraître singulier, par exemple, qu'un agent, qui ralentit les mouvements du cœur, fasse disparaître les phénomènes qui n'avaient pris naissance que parce que le sang circulait dans les veines avec trop de lenteur? Aussi M. Beau a-t-il cru devoir s'élever contre une pareille manière d'envisager l'action de la digitale, et dire qu'elle pouvait bien ralentir les mouvements du cœur, mais qu'il fallait admettre, en outre, qu'elle en renforce les contractions pour lui permettre de lutter contre le rétrécissement qui fait obstacle à la circulation. D'après ce médecin, cette plante jouirait d'une double propriété; elle serait un sédatif du cœur, et, à ce titre, elle en ralentirait les mouvements; mais de plus elle serait un tonique, puisqu'elle augmente la force de contraction de cet organe. Frappé de ces incertitudes, M. le docteur Germain s'est proposé de rechercher la solution de ce problème complexe.

Après avoir vérifié, par une série d'expériences faites sur lui-même, l'effet constant du ralentissement des pulsations sous l'influence de la digitale administrée à doses moyennes, et analysé avec un soin scrupuleux toutes les expériences connues, il est arrivé à se croire fondé à démontrer que, de deux propriétés attribuées à la digi-

tale, l'une est la conséquence de l'autre, et qu'il suffit qu'elle ralentisse les mouvements du cœur pour que cet organe se contracte avec une plus grande énergie. Il nous serait impossible de reproduire ici les longs détails d'expériences, d'analyses et de raisonnements à l'aide desquels M. Germain soutient ce point de doctrine thérapeutique. Il devra nous suffire ici d'exposer les conclusions qu'il déduit de ce remarquable travail.

Malgré l'opinion isolée de Sanders, qui, du reste, est en contradiction avec tout ce qui a été observé avant et après lui, la digitale ralentit la fréquence des contractions du cœur.

Rien ne démontre qu'elle affaiblisse la force de contraction du cœur, tandis que la théorie et les expériences physiologiques et les propres expériences de M. Germain prouvent qu'un de ses effets inédiats, dans les rétrécissements des orifices du cœur, est de l'augmenter; que, par conséquent, il n'y a aucun danger à la donner dans des cas où l'énergie du cœur paraît diminuée.

La fréquence des contractions du cœur dans les cas de rétrécissement des orifices empêchant cet organe de revenir à un fonctionnement normal et entretenant le désordre de la circulation, et la digitale ayant la propriété de diminuer la fréquence des contractions, il n'est pas nécessaire d'invoquer un autre mode d'action pour expliquer l'amélioration qui suit, dans ce cas, l'administration de cette plante.

On ne trouve dans les écrits des auteurs rien qui prouve que la digitale jouisse de propriétés diurétiques.

Il est bien vrai que dans les affections organiques du cœur, où l'emploi de la digitale amène une amélioration de la circulation, il se produit souvent une diurèse abondante; mais cette diurèse, dans ce cas, n'est qu'un effet immédiat résultant du retour de la circulation à l'état normal.

Tous les auteurs sont unanimes pour reconnaître à la digitale une action puissante sur l'estomac : à très-petites doses, elle stimule l'appétit; mais aux doses auxquelles elle agit sur le cœur, elle produit de l'anorexie, même des nausées, et peut devenir une cause de dyspepsie dangereuse dans le plus grand nombre des cas.

La conclusion générale de tout ce qui précède est celle-ci : La digitale, possédant la propriété de ralentir la fréquence des contractions du cœur, doit être employée dans les affections de cet organe, consistant en un rétrécissement de l'un des orifices. On doit l'employer dans ces cas, parce que la fréquence du pouls s'oppose au retour de la circulation à un fonctionnement normal. Mais on doit bien se garder de l'administrer dans d'autres affections accompagnées de palpitations, et cela pour deux motifs : l'un parce que le soulagement qu'elle pourrait procurer est insignifiant; l'autre, parce que, loin d'agir sur la cause première de la maladie, elle ne peut, la plupart du temps, que l'entretenir en amenant un dérangement des fonctions digestives. Enfin, on doit encore se garder de l'administrer dans les cas d'hydropisie qui n'ont pas pour cause une affection du cœur. La digitale ne possède aucune propriété diurétique, et son emploi à ce titre est dangereux, parce qu'elle peut, en devenant une cause de dyspepsie, faire obstacle à une guérison possible ou avancer le terme fatal de la maladie. (*Gaz. hebd.*, novembre 1860.)

Émétique (*Accidents survenant dans l'emploi de l'*). Nous sommes loin du temps où l'antimoine était proscrit par la Faculté et par le Parlement. On sait maintenant que ce métal et ses composés sont infiniment moins vénéneux pour l'homme qu'on ne le supposait autrefois; et l'émétique, notamment, est manié sans inquiétude par la généralité des médecins, soit comme vomitif, soit comme antiphlogistique indirect, d'après la méthode de Rasori et de Laennec. Cependant, sous l'influence peut-être de certaines constitutions médicales régnantes, ou par le fait d'une de ces dispositions particulières et individuelles, qu'on est convenu de désigner sous le nom d'idiosyncrasies, il est certaines personnes qui sont impressionnées par l'action de ce médicament, même à faible dose, d'une manière excessive, au point d'être jetées dans un état tout à fait alarmant et même de perdre la vie. C'est là un fait qu'il est important pour le praticien de bien connaître, non certes pour renoncer à l'emploi d'un agent aussi précieux que le tartre stibié, dans les occasions où il est bien indiqué, mais afin de se tenir en garde et de n'être pas pris au dépourvu. L'exemple suivant, emprunté à la pratique de M. le docteur Riembault, fait voir à la fois et les symptômes et les moyens qui ont été

mis en usage avec succès pour conjurer le danger et en triompher.

M. David, constructeur à Commentry, atteint de bronchite, prend au mois de février 1854, après plusieurs jours de diète, 10 centigrammes d'émétique en lavage. A peine une partie du médicament a pénétré dans l'estomac que des vomissements ont lieu et que les crampes les plus violentes s'emparent du malade: le diaphragme lui-même est le siége de contractions spasmodiques qui empêchent le malade de respirer. On vient me chercher, dit M. Riembault; je trouve cet homme baigné d'une sueur froide, la face livide, le pouls misérable et la respiration abolie. Je fis stimuler la muqueuse nasale par la fumée de tabac; je fis faire des frictions générales, pendant que moi-même je pressais sur le thorax d'une manière cadencée pour rétablir la circulation. Enfin je pratiquai l'insufflation bouche à bouche, et ce n'est qu'après bien des efforts et bien des angoisses que je vis le malade commencer à respirer et à reprendre connaissance. (*Annales de la Société de méd. de Saint-Etienne et de la Loire*, t. I, 3e partie, 1859.)

Nous rappellerons à cette occasion que nous avons publié, il y a quelques années (t. LI, p. 230), un cas d'accidents mortels survenus dans le service de M. Beau, à la suite de l'administration de l'émétique à dose vomitive. M. Beau, qui avait eu occasion d'observer plusieurs faits de ce genre, dont deux suivis de mort, ayant remarqué que dans ces deux cas les accidents n'étaient arrivés qu'après une seconde administration du tartre stibié, alors que les évacuations causées par la première n'avaient pas amélioré l'état général, avait été conduit à voir dans cette circonstance (qui ne se retrouve pas du reste dans l'exemple de M. Riembault) un signe qu'il regardait comme une indication pratique pour éviter de semblables accidents, et qu'il résumait ainsi : « Quand le tartre stibié a produit des évacuations abondantes, sans amener une amélioration sensible dans l'état général du malade, il faut s'arrêter et se garder de revenir au même moyen ; et si le lendemain et les jours suivants on a besoin de recourir aux vomitifs, il faut choisir l'ipécacuanha. »

Epilepsie. *Traitement par le curare.* On connaît les résultats encore douteux du traitement du tétanos par le curare. Malgré l'incertitude qui plane encore sur le véritable mode d'action de ce mystérieux agent, ou plutôt à cause même de cette incertitude, on ne peut qu'encourager de nouvelles tentatives, pourvu qu'elles soient faites avec toute la prudence que réclament de pareils expériments. Voici de nouveaux essais faits par M. le docteur Thiercelin dans l'épilepsie.

De deux malades qu'il a soumis à l'usage du curare, l'un, jeune homme de vingt-trois ans, affecté d'une épilepsie congénitale héréditaire, a passé quatre ans à l'hospice de Charenton. Considéré comme incurable, il avait cessé de recevoir des soins médicaux depuis environ deux ans. Ses accès variaient entre 15 et 20 par mois; quelques-uns n'étaient que de simples vertiges; les autres, en plus grand nombre, étaient le *haut mal*.

L'autre, jeune fille de dix-sept ans, est épileptique depuis huit ans. Les accès, à l'état de vertiges pendant un an, ont ensuite pris le caractère du *haut mal*, mais seulement nocturne pendant deux ans. Depuis cinq ans, ces accès venaient le jour et la nuit, et étaient caractérisés par des convulsions violentes, les cris aigus, le râle guttural, l'écume à la bouche, etc.,etc. Leur nombre est de 28 à 29 par mois depuis un an. Cette jeune fille a été traitée pendant trois ans par un médecin spécialiste.

Sous l'influence du curare, administré à doses variant entre 3 et 5 centigrammes par jour, au moyen d'un vésicatoire en pleine suppuration, M. Thiercelin a vu, dans l'espace de deux mois, les accès diminuer, de manière que chez l'un il n'en a compté que 5 au lieu de 15 ou 20, et chez l'autre 8 au lieu de 28 ou 29, dans le dernier mois. La gravité des convulsions s'est amendée aussi d'une manière très-notable, et l'état général s'est très-sensiblement amélioré. M. Thiercelin fait observer que, tout en employant le curare, il n'avait pas cessé pour cela le traitement prescrit précédemment, et qui se composait surtout de valériane, d'aliments froids, etc.

Au bout du deuxième mois, le curare étant venu à manquer, les accès revinrent dans le mois suivant (février), à leur ancienne fréquence ou à peu près, à savoir: 15 par mois pour l'un, et pour l'autre 24. S'étant procuré plus tard un nouvel échantillon de 1gr,50 de curare, le traite-

ment à été repris chez la jeune fille. Dans l'espace de dix jours, trois crises seulement, revenant la nuit et avec peu d'intensité. Le onzième jour, le médicament manque : il survient trois accès dans la nuit suivante. Les convulsions ont repris une certaine intensité. Le douzième jour, M. Thiercelin remet aux parents 1 gramme du médicament divisé en quatorze paquets, et devant être administré en quatorze jours. Chaque paquet devait suffire à trois pansements. Après le deuxième paquet, la malade a passé douze jours pendant lesquels on n'a constaté que deux accès nocturnes de peu d'intensité et d'une durée au-dessous de la moyenne.

Ces deux faits, comme on le voit, sont malheureusement incomplets ; mais, tout insuffisants qu'ils sont pour permettre de se prononcer encore sur la valeur du curare comme moyen de traitement de l'épilepsie, ils ne sont cependant pas sans quelque importance, vu les épreuves et contre-épreuves successives qui ne peuvent laisser de doute sur l'influence qu'a eue le curare sur l'amendement notable de la maladie chez ces deux sujets. Il est regrettable que la pénurie du médicament ait obligé de suspendre les essais avant un résultat plus complet. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, novembre 1860.)

Rétroversion de l'utérus *au quatrième mois de la grossesse; réduction par le procédé de Négrier*. On sait combien les rétroversions d'un utérus gravide sont souvent difficiles à réduire. Cette circonstance donne un intérêt particulier au fait suivant, dans lequel le procédé imaginé par M. Négrier, d'Angers, a eu entre les mains de M. Gosselin un plein succès.

Une femme âgée de quarante ans, se présumant enceinte de deux mois environ, éprouva, le 17 août dernier, une douleur dans les reins, en soulevant un lourd fardeau. Deux jours après, cette douleur persistant, la malade s'aperçut qu'elle urinait beaucoup plus fréquemment que d'habitude, en très-petite quantité chaque fois, et avec de grands efforts ; elle remarqua aussi que son bas-ventre augmentait plus rapidement de volume; enfin les garde-robes devinrent rares. Le 18 septembre, la malade, qui n'avait pas quitté le lit depuis le 19 août, fut amenée à l'hôpital Beaujon. Voici dans quel état M. Gosselin la trouva le lendemain.

Le ventre avait le volume qu'il a d'habitude chez une femme enceinte de sept mois; il était fluctuant, mat à la percussion, jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. L'œdème des jambes et des grandes lèvres était devenu considérable. La muqueuse vaginale était violacée. A part la faiblesse occasionnée par les douleurs, l'état général était assez bon d'ailleurs. Au toucher vaginal, le doigt sentait la paroi recto-vaginale œdématiée, et pénétrait profondément avant de rencontrer le col de l'utérus; celui-ci était situé derrière la symphyse et dirigé de telle sorte que son extrémité libre regardait en haut. Le cathétérisme, très-difficile, et qu'on ne put effectuer qu'à l'aide d'une longue sonde élastique très-profondément enfoncée, donna issue à 4 ou 5 litres d'urine peu colorée et non albumineuse. Pratiqué de nouveau après le cathétérisme, le toucher permit de constater que le col était dans la même position ; la main gauche, appliquée au-dessus de la symphyse pubienne, sentait un corps résistant, peu volumineux, peu élevé au-dessus de la symphyse; la paroi postérieure du vagin était fortement distendue par une tumeur arrondie, qui paraissait avoir presque le volume de la tête d'un enfant à terme, adhérant au col utérin, ayant la forme de l'utérus à quatre mois de grossesse, seulement plus mollasse. Par le toucher rectal on s'assurait que cette même tumeur, qui remplissait la cavité du petit bassin, était placée au devant du rectum qu'elle comprimait (ce qui expliquait la rareté et la difficulté des garde-robes). Enfin, lorsque la malade voulait marcher, elle éprouvait de vives douleurs dans le bas-ventre, les aines, les parties latérales du bas-ventre, mais principalement dans la région sacrée. On entendait le souffle placentaire au-dessus du pubis, mais on ne percevait pas les battements du cœur du fœtus.

M. Gosselin, ayant diagnostiqué à ces signes une rétroversion de l'utérus avec grossesse, procéda à la réduction de la manière suivante : La malade étant endormie par le chloroforme, il introduit d'abord deux doigts dans le rectum et essaye de faire remonter la tumeur en haut; mais il ne peut pénétrer assez profondément dans cet organe, et, craignant une déchirure de l'anus, en y introduisant la main tout entière, il met de suite en usage le procédé de M. Négrier. Il introduit d'abord les quatre derniers doigts de

la main droite dans le vagin, ensuite le pouce; puis, retournant la main en supination et fermant le poing, il pousse en haut et un peu en arrière, comme pour arriver sur l'angle sacro-vertébral. Il sent la tumeur céder et remonter. Aussitôt après la réduction, il a pu sentir par le vagin le col utérin, qui est revenu dans sa position normale. Dans la journée et le lendemain, on a continué de sonder la malade, qui n'a pas voulu essayer d'uriner seule, de peur d'augmenter son état. Les jours suivants, il se manifesta quelques légers symptômes de métro-péritonite, qui furent promptement réprimés, et la guérison de la réduction fut parfaitement maintenue. (*Gazette des hôpit.*, novembre 1860.)

Scorbut (*Suites éloignées du*). D'après M. le docteur Rizet, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Nancy, elles peuvent être rattachées à cinq chefs principaux : 1° *Troubles du système nerveux*. Les troubles de ce genre, observés par M. Rizet, sont : l'héméralopie; des douleurs névralgiques occupant des siéges divers, mais qui ont été notées surtout à la sortie des nerfs, soit de la colonne vertébrale, soit du bassin, par exemple au point où le sciatique émerge de l'échancrure de ce nom, au point où le crural passe sur le muscle pectiné, etc; l'analgésie de la paume des mains et de la plante des pieds; quelquefois aussi de l'anesthésie ou de l'hypéresthésie cutanée. 2° *Troubles du système musculaire et articulaire*. Ce sont : la faiblesse musculaire, état caractérisé par la nonchalance, la lenteur des mouvements, la tendance au repos, la fatigue excessive à la moindre fatigue; l'atrophie ou plutôt l'amaigrissement musculaire, observé surtout aux membres inférieurs, en même temps que l'atrophie du système cellulaire environnant; des roideurs, des contractures occupant plus spécialement certaines régions, la jambière postérieure de préférence; l'induration du tissu cellulaire du creux poplité, phénomène plus rare; des douleurs siégeant dans les muscles et les grandes articulations. 3° *Eruptions diverses*, savoir : des panaris superficiels; des furoncles, le plus souvent multiples, entourés non d'une auréole inflammatoire vive, mais plutôt d'un cercle livide, et que M. Rizet, avec quelques-uns de ses collègues, regarde comme critiques, comme un des accidents les plus visibles et les plus irréfragables du vice scorbutique à son déclin; l'ecthyma, compliquant souvent les furoncles; le psoriasis. 4° *Inflammation du tissu cellulaire*, c'est-à-dire des abcès nombreux, se développant souvent concurremment avec les furoncles, affectant constamment une marche indolente, et, quoi qu'on fasse, laissant toujours après eux des décollements. 5° *Susceptibilité des glandes salivaires et des gencives*, se traduisant, celle des glandes salivaires par un ptyalisme abondant à la suite même d'une seule friction mercurielle pour des engorgements glandulaires; celle des gencives par la pâleur de la muqueuse gingivale et buccale, et par l'apparition, à la moindre cause, de gingivites simples ou ulcéreuses, avec ébranlement des incisives. M. Rizet a remarqué que : « sauf pour les affections du tissu cellulaire, abcès et furoncles, chacun de ces accidents, en tant que manifestation ultime du scorbut, s'est presque toujours montré isolé sur les divers malades. Tandis que, au début, et surtout alors que l'épidémie est confirmée, plusieurs systèmes sont atteints; au déclin, ce n'est plus qu'un d'eux qui est en souffrance : là, c'est le système nerveux; ici, le système musculaire; ailleurs, le système cellulaire; comme si, d'après les idiosyncrasies, un seul d'entre eux se chargeait, au nom de toute l'économie, de l'élimination des dernières traces de l'épidémie. »

Pour comprendre, dit M. le docteur Garapon dans son rapport à la Société de médecine de Saint-Etienne, la valeur des observations de M. Rizet, il faut se rendre compte des positions diverses que l'auteur du mémoire a occupées. Comme médecin militaire, il a fait la campagne de Crimée, est rentré en Afrique pour l'expédition de la Kabylie avec les soldats du 3e zouaves, soignés par lui sous les murs de Sébastopol, et enfin il a été attaché à la garde impériale et a revu, au camp de Châlons, dans diverses armes, des soldats revenant de notre guerre d'Orient. Les diverses affections que notre confrère signale, et qui ont été mentionnées ci-dessus, il les a rencontrées exclusivement chez les hommes atteints de scorbut dans notre lointaine expédition. Aux deux bataillons du 3e zouaves revenant de Crimée en fut adjoint un troisième pour la guerre de Kabylie, troisième bataillon composé de soldats venant de France ; chez ces derniers, aucun des symptômes des

maladies observées chez leurs camarades des deux autres bataillons. En France, au camp de Châlons, M. Rizet retrouve chez les militaires revenus de Crimée, et exclusivement chez eux, les mêmes affections observées chez les hommes des deux premiers bataillons du 3e zouaves, et toujours chez des hommes anciennement scorbutiques sur les rives de la mer Noire. (*Annales de la Société de méd. de Saint-Etienne et de la Loire*, vol. II, 3e part.)

Syndactylie *opérée avec succès par un nouveau procédé.* Il n'est pas difficile, dans les cas de syndactylie, de séparer les doigts vicieusement réunis; ce qui est difficile, c'est de maintenir la séparation, attendu la force rétractile de la membrane des bourgeons charnus qui, en produisant l'accolement des lèvres de la plaie, tend à reproduire la difformité. Aussi est-ce à obtenir la cicatrisation isolée des parties détachées les unes des autres que visent tous les procédés et toutes les modifications opératoires qui ont été proposés. De ces divers procédés, les uns, ceux qui consistent dans l'incision simple interdigitale, échouent le plus souvent parce que les lèvres de la plaie se cicatrisent ensemble, malgré les efforts du chirurgien, malgré les précautions les plus minutieuses pour prévenir de nouvelles adhérences; les autres, empruntés aux méthodes autoplastiques, sont d'une exécution très-laborieuse et exposent même quelquefois à des accidents, tels que des phlegmasies graves de la main ou la gangrène des lambeaux. M. Fano a eu l'idée de combiner quelques-unes des manœuvres appartenant aux diverses méthodes, en prenant certaines précautions propres à assurer un résultat plus satisfaisant. Il a appliqué cette idée avec succès dans le cas suivant :

Une petite fille, âgée de quatre ans et demi, est amenée à la clinique de M. Fano pour un vice de conformation qu'elle a apporté en naissant et qui consiste dans la réunion de l'index et du médius par un repli cutané qui s'étend de chaque côté jusqu'à l'articulation de la première avec la seconde phalange. Entre le médius et l'annulaire existe un autre repli cutané qui s'avance jusqu'au milieu de la première phalange. Les phalanges unguéales de l'index, du médius et de l'annulaire sont déjetées, la première et la seconde vers le bord cubital, la troisième vers le bord radial. Le 13 septembre, M. Fano procède à l'opération de la manière suivante : l'enfant est tenue sur les genoux, les doigts index et médius de la main droite fortement écartés l'un de l'autre. Une première aiguille légèrement recourbée, entraînant un fil ciré, traverse le pli cutané vers la partie antérieure et près du bord radial du médius. Un second fil est placé de la même façon vers l'union de la première avec la deuxième phalange. Deux autres fils sont ensuite passés sur deux points diamétralement opposés vers le bord cubital de l'index. Les chefs de ces divers fils sont confiés à un aide. Au moyen d'un bistouri à lame droite, M. Fano coupe d'avant en arrière et perpendiculairement le pli cutané, dans l'intervalle des fils, jusqu'à la racine des doigts. Les chefs de chacun des fils sont alors noués, de façon à affronter les lèvres des plaies correspondant d'une part à l'index, de l'autre au médius, par deux points de suture simple pour chaque doigt. L'écoulement de sang a été insignifiant. Pour pansement on prescrit des compresses trempées dans de l'eau fraîche. Le lendemain 14, la main est placée sur une petite planchette modelée sur la main et les doigts, les digitations de l'appareil étant écartées, de manière à maintenir les doigts, à distance, au moyen de bandelettes de sparadrap. Pansement à l'eau froide.

Le 15, il y a une tuméfaction inflammatoire modérée. On coupe les nœuds des fils et on retire ces derniers. La cicatrisation paraît s'être faite en partie; la suppuration est insignifiante. Pour empêcher une nouvelle réunion des parties séparées, M. Fano conduit séparément autour de chaque doigt, de façon à l'envelopper d'une petite cuirasse, une bandelette très-étroite de diachylon gommé.

Le 17, la partie la plus reculée des deux plaies, celle qui doit former la nouvelle commissure, est touchée légèrement avec un crayon de nitrate d'argent, pour empêcher une réunion des lèvres opposées.

Le 18, on enlève l'appareil, et l'on reconnaît que la partie antérieure de chaque plaie est parfaitement cicatrisée dans l'étendue d'environ un centimètre pour le médius et d'un demi-centimètre pour l'index. On écarte le plus possible les doigts l'un de l'autre, et on les maintient dans cette situation sur la planchette, après les avoir entourés séparément de bandelettes de

diachylum disposées comme précédemment.

Le 26 septembre, treize jours après l'opération, l'appareil est définitivement enlevé. La cicatrisation est complète. L'espace interdigital a été agrandi de 17 millimètres. Une cicatrice linéaire blanchâtre se voit sur chaque bord latéral des doigts index et médius. Ces deux cicatrices se continuent avec une troisième, petite et également linéaire, qui se prolonge vers la paume de la main. Les mouvements de flexion des doigts s'exécutent très-bien ; ceux de latéralité ont également acquis une certaine étendue. (*Union méd.*, septembre 1860.)

VARIÉTÉS.

Séance annuelle de l'Académie de médecine. — Eloge de M. Richard. — Distribution des prix. — Questions proposées pour 1861 *et* 1862.

L'Académie de médecine a tenu sa séance annuelle le 11 de ce mois devant une assistance des plus nombreuses. Comme toujours, l'intérêt de la séance s'est concentré sur l'éloge que devait lire M. Dubois (d'Amiens). La partie du discours que nous plaçons sous les yeux du lecteur suffira pour légitimer cette attente, ainsi que les applaudissements qui, à diverses reprises, sont venus interrompre l'orateur.

Messieurs, appelé par votre confiance à l'insigne honneur d'être votre interprète auprès du public, et particulièrement chargé de retracer la vie des hommes qui se sont illustrés dans l'exercice de notre art, j'ai souvent éprouvé un vif regret, celui de n'avoir guère à mettre sous vos yeux que de sombres tableaux, quelquefois même des scènes douloureuses.

Tantôt, en effet, c'étaient de hardies et savantes opérations que le génie d'un grand chirurgien venait en quelque sorte d'improviser, qui étaient exécutées avec la plus rare habileté et supportées avec le plus admirable courage ; tantôt c'étaient de graves et périlleuses extirpations d'organes que personne, jusque-là, n'avait osé tenter ; tantôt enfin c'étaient d'ingénieuses, mais cruelles expériences répétées coup sur coup sur de pauvres animaux vivants.

Mais aujourd'hui, messieurs, je me sens heureux de pouvoir faire en quelque sorte diversion à ces tristes récits. Je vais cette fois vous entretenir de la plus enchanteresse des sciences et du plus aimable des hommes ; j'aurai bien encore à vous conduire dans un amphithéâtre, mais que ce mot ne vous abuse pas, on n'y entendait ni gémissement, ni cris de douleur ; les patients qu'on y apportait étaient d'élégants arbustes, des herbes odorantes et de belles fleurs ; le professeur lui-même, comme le dieu d'Epidaure, en avait les bras chargés.

Nous aurons bien aussi à vous dire comment un allait observer les sujets sur place, dans les lieux qui les avaient vus naître et couchés sur leurs lits de fougère ; mais pour suivre cette clinique, on ne prenait pas le chemin de ces tristes asiles qu'on nomme des hôpitaux : on prenait le chemin des champs, *de la douce verdure et du riant exil des bois.*

Voulait-on étudier les dépouilles fragiles de ces brillantes tribus du monde végétal, ce n'est point dans des salles de mort qu'on allait les chercher : on se faisait ouvrir ces hypogées que le botaniste appelle des herbiers, et, au lieu de cadavres fétides et repoussants, on avait encore sous les yeux de charmantes familles, un peu décolorées sans doute, mais toujours élégantes et gracieuses.

Enfin, messieurs, par une heureuse coïncidence, on entendait un maître dont la parole était aussi attrayante que tous ces objets d'études, qui savait tout à la fois toucher et instruire, plaire et persuader. Ai-je besoin de dire que cette science était la botanique, et que ce maître était M. Richard ? homme excellent qu'on ne pouvait connaître sans l'aimer, et dont la fin prématurée nous a été si amère !

Achille Richard appartenait à une famille déjà célèbre dans l'histoire de la botanique ; moins connue, il est vrai, bien moins louée surtout que celle des Jussieu, mais qui, de l'aveu des hommes compétents, avait rendu les plus grands services à la science. Le premier toutefois qui, parmi les Richard, laissa

de lui quelque souvenir, ne le dut pas à la science; il n'était ni médecin, ni botaniste, il était gardien en chef de la ménagerie de Versailles sous Louis XIV, et son nom se trouve dans les Mémoires du temps. Mais ce Richard avait un fils qu'on nommait Antoine, et qui, du règne animal, passa en quelque sorte dans le règne végétal, car nous le trouvons, sous Louis XV, exerçant les fonctions de jardinier en chef, et chargé de la culture du jardin de Trianon.

Ici la vie des Richard va se mêler à celle des Jussieu : Antoine Richard n'était pas un homme ordinaire; c'était, il est vrai, un jardinier, mais un jardinier qui entretenait une correspondance suivie avec les Linné, les Haller, les Jacquin; enfin, pour nous servir des expressions de Cuvier, avec tout ce que la science possédait alors d'hommes de génie et de talent.

On sait qu'à cette époque Louis XV, inspiré par Lemonnier, premier médecin des enfants de France, conçut l'heureuse idée de fonder à Trianon une école de botanique, et que Bernard de Jussieu fut chargé d'y arranger les plantes dans un ordre qui pût en faciliter l'étude; mais ce qu'on ne sait pas assez, c'est que, pour faire son classement, Bernard de Jussieu dut réclamer le concours du jardinier en chef de Trianon, c'est-à-dire d'Antoine Richard; de sorte que ce fameux catalogue, attribué depuis exclusivement aux Jussieu, fut en réalité l'œuvre commune des Jussieu et des Richard. Grâce à ces premiers représentants de nos deux familles, les plates-bandes du jardin de Trianon formèrent, pour ainsi dire, l'édition *princeps* du *Genera plantarum*; car jusque-là Bernard n'avait rien écrit à ce sujet, et cette première publication se fit en quelque sorte sur le sein même de la terre. Maintenant, messieurs, Antoine Richard n'a-t-il été que le metteur en pages de Bernard de Jussieu? N'a-t-il pas aussi apporté sa part d'idées dans cette première et mémorable classification? C'est là ce qu'on ne saurait aujourd'hui décider; mais un grand progrès se trouvait accompli; car si Magnol avait eu la première idée de la méthode, Tournefort et Linné s'étaient perdus depuis dans de longs tâtonnements, celui-ci en la cherchant dans les dispositions des étamines, l'autre dans celles de la corolle.

Ce n'était pas Antoine cependant, messieurs, qui devait être véritablement l'honneur de la famille des Richard; c'était son petit-fils Louis-Claude-Marie, que le jardin d'Auteuil avait vu naître, et qui n'avait eu d'abord d'autre ambition que celle d'en être un jour le gouverneur.

Mais son père avait d'autres vues, il voulait le vouer à l'église; et comme l'enfant s'y refusait absolument, le père inflexible le chassa de chez lui, et le priva de ressources.

C'est ce pauvre enfant, messieurs, si maltraité au seuil même de la vie, qui devint plus tard, non pas jardinier, comme son père, mais botaniste, et grand botaniste, qui osa rivaliser avec les Jussieu et leur disputer la palme, qui alla même plus loin qu'eux dans l'analyse des végétaux.

Ses premiers travaux ne portèrent, il est vrai, que sur une seule famille, celle des *apocynées*; mais c'était pour y résoudre une question qui faisait le désespoir des plus grands botanistes de l'époque, des Linné, des Adanson et des Jacquin. Et cette question, qui semblait particulière, puisqu'elle se rattachait à l'organisation du fond de la fleur dans le genre *synanchum* et dans l'*asclepias*, lui permit de jeter les plus vives lumières sur toutes les parties de l'appareil sexuel des plantes.

L'Académie des sciences accueillit ce travail avec une faveur marquée; mais, pour toute récompense, elle envoya l'auteur parcourir les forêts de la Guyane et du Brésil : Claude Richard passa ses plus belles années dans ces contrées insalubres; il y épuisa toutes ses ressources, il y détruisit à jamais sa santé, et, quand il revint en France, tout le monde l'avait oublié; mais, par cela que sa vie ne s'était pas écoulée entre les plates-bandes d'un jardin officiel, il avait pénétré plus avant que personne dans les mystères du monde végétal; l'expérience lui avait montré combien est vraie et profonde cette pensée de Fontenelle : « Que les seuls livres qui peuvent nous instruire à fond, dans cette matière, ont été jetés par la main de Dieu sur toute la surface de la terre, et qu'il faut se résoudre à la fatigue et au péril de les chercher et de les ramasser.»

Claude Richard les avait trouvés, messieurs, ces précieux documents, et il les avait ramassés; mais son âme avait été tellement ulcérée par l'injustice et l'ingratitude des hommes, qu'il avait résolu de ne rien publier, et de garder pour lui les résultats de toutes ses recherches. Ce silence eût été une véritable calamité pour la science, si des élèves zélés ne lui avaient arraché, pour ainsi

dire, quelques-uns de ces travaux pour en doter le public, et si, le 17 avril 1794, il ne lui était né un fils qui devait être le plus dévoué, le plus judicieux et le plus éloquent de ses interprètes.

Achille Richard, auquel nous voici enfin arrivés, était le plus jeune des fils de Claude Richard ; c'était, dans son enfance, un écolier studieux et attentif, mais d'une santé tellement délicate qu'on fut obligé de lui donner un répétiteur à la maison, et de ne l'envoyer au collége que pour les heures de classe; il atteignit l'âge de la conscription dans les dernières années de l'empire, à cette époque formidable où, chaque année, les jeunes générations se faisaient moissonner sur les champs de bataille. Claude Richard, qui voyait que ses trois fils allaient successivement lui être enlevés, aurait voulu du moins, pour diminuer les chances de mort, los faire admettre tous les trois parmi ceux qu'on appelle, dans nos armées, les *non-combattants*. L'aîné entra dans ses vues, et, après avoir fait quelques études médicales, il fut envoyé comme chirurgien sous-aide à l'armée d'Espagne; mais une invincible répugnance éloignait le second de la profession médicale, il fallut le laisser entrer à l'école de Saint Cyr, d'où il sortit avec le grade de sous-lieutenant. Quant à Achille Richard, il céda, comme son aîné, aux désirs de son père, et, en 1814, il put se faire attacher au service médical de l'hôpital de Strasbourg. Un épouvantable typhus y décimait les derniers débris de nos armées. Achille Richard en fut atteint; après de longs jours de souffrance, on put le ramener à Paris, mais c'est à grand'peine s'il parvint à se rétablir au milieu de sa famille.

Achille Richard était le dernier espoir de son père, *spes una parentûm!* et l'espoir aussi d'une science que ses aïeux avaient cultivée avec tant d'éclat : ce fut, du reste, autant par goût que par devoir qu'il se livra presque exclusivement à l'étude de la botanique; ses progrès furent si rapides et si bien appréciés, qu'à peu de temps de là M. Delessert le chargea du soin de ses riches collections, et qu'ensuite il put entrer au Muséum d'histoire naturelle en qualité de conservateur.

Mais c'était à la Faculté de médecine de Paris et dans l'enseignement de la botanique médicale que M. Richard devait montrer ses plus brillantes qualités : l'agrégation n'existait pas encore, c'est sous le titre de *démonstrateur* qu'il fit ses premières leçons; je dois ajouter que, presque en même temps, il avait été nommé suppléant de M. Mirbel à la Faculté des sciences.

A peu près à cette époque, c'est-à-dire vers le milieu de 1821, survint la mort de Claude Richard : c'était une grande perte assurément, mais déjà le fils avait fait ses preuves; ses débuts n'avaient pas été sans retentissement, et chacun se disait que, grâce à ce jeune homme, le nom de Richard, dignement porté, continuerait de faire l'ornement de nos écoles; telle était aussi l'opinion du plus illustre représentant des sciences naturelles. Cuvier, ayant à prononcer l'éloge de Claude Richard dans le sein de l'Académie des sciences, s'empressa de signaler ce talent naissant et de montrer l'avenir qui lui était réservé. « La perte de Claude Richard, disait-il, serait irréparable pour la science s'il ne laissait un fils qui, formé à son école et pénétré de ses doctrines, saura non-seulement rendre à sa mémoire le culte qu'il lui doit en publiant ses travaux, mais les étendre et y mettre l'ensemble qui peut encore y manquer. »

Ces paroles, qui obligeaient si solennellement M. Richard, ne devaient pas tarder à s'accomplir. M. Richard avait pieusement recueilli et conservé les manuscrits, les dessins et les herbiers de son père; la plupart des travaux de ce savant étaient inachevés. Claude Richard, nous l'avons dit, n'avait jamais eu la pensée de les publier; et si son admirable travail sur l'*analyse du fruit* avait vu le jour, c'est que l'un de ses élèves les plus distingués (H. Duval) le lui avait, en quelque sorte, dérobé pour le livrer à l'impression. Quant à cet autre beau mémoire, qui a pour titre : *Commentatio botanica de Coniferis et Cycadeis*, c'est à peine s'il en avait terminé la première partie, Achille Richard s'empressa d'en ajouter trois autres, et il le fit à la satisfaction de tous les savants.

Les premières lignes de cette importante publication ont quelque chose de touchant : « J'ai dû saisir avec empressement, dit M. Richard, l'occasion de rendre un hommage public à la mémoire de mon père, et quel plus digne usage pouvais-je faire de ces matériaux réunis dans le cours d'une si laborieuse carrière ?... »

Mais, avant de parler des principaux écrits de M. Richard, je veux le suivre

dans son enseignement oral ; car c'est par là qu'il a débuté, et par là surtout qu'il a marqué dans la science.

M. Richard avait déjà passé plusieurs années dans les positions un peu secondaires dont je viens de parler, lorsque la chaire d'histoire naturelle médicale, devenue vacante à la Faculté de médecine de Paris, par suite de la révolution de 1830, fut mise au concours ; c'était la chaire que Claude Richard avait occupée, mais qui depuis avait été donnée directement à un autre ; M. Richard descendit dans l'arène pour disputer à armes égales l'héritage de son père.

C'était le temps de nos grandes luttes à la Faculté, de ces luttes à jamais regrettables, qui faisaient du professorat le digne prix du savoir uni à l'éloquence, et qui, même aux vaincus, pouvaient laisser de glorieux souvenirs. Le succès, du reste, ne fut pas un instant douteux pour M. Richard ; c'était pour lui le droit de conquête substitué au droit de naissance, et bientôt la Faculté eut à se féliciter de posséder ce brillant professeur.

La forme, il est vrai, l'emportait peut-être un peu en lui sur le fond ; mais ce fond était encore considérable, il était le fruit des études les plus sérieuses et les plus approfondies. Quant à la forme, c'était chez lui un don du ciel ; il était né professeur, et en cela il formait un contraste frappant avec son père : non que celui-ci lui fût inférieur dans l'enseignement ; mais Claude Richard, homme de génie, penseur profond, ne se souciait nullement de la forme, et la popularité lui était parfaitement indifférente. Dédaignant le bruit et l'éclat, on ne le voyait sortir de sa solitude que pour s'entourer d'un petit nombre d'élèves ; et comme il les poussait dans toutes les directions, il en a fait pour la plupart des hommes distingués ; il n'aurait eu, du reste, qu'un seul élève qu'il s'en serait contenté, pourvu que celui-ci l'eût suivi dans toutes les profondeurs de la science.

Son fils, au contraire, par l'aménité de son caractère, par le charme de son élocution et par l'excellence de sa méthode, attirait chaque année près de lui un grand concours d'élèves ; ses leçons étaient d'une clarté, d'une simplicité, j'oserais presque dire d'une fraîcheur, qui annonçaient tout ce qu'il y avait de droit, d'honnête et de pur dans ce charmant esprit.

Plein de respect pour son jeune auditoire, il ne l'entretenait jamais que de sujets scientifiques, mais c'était avec une grâce et une variété de tours dont rien n'approche. Avec quel art il pénétrait dans tous les détours d'une question ! avec quel charme, quelle suavité de langage, quelle convenance, il traitait les sujets les plus délicats ! L'exposition des plus arides détails prenait dans sa bouche une netteté, une élégance, un atticisme qui fixaient l'attention la plus distraite ; le sujet, il est vrai, s'y prêtait merveilleusement, et le professeur se laissait quelquefois entraîner, car chez lui les mots coulaient de source, et avec un timbre de voix qui allait à l'âme ; mais la raison n'y perdait rien : toujours grave, toujours modeste, M. Richard savait à temps réprimer ces élans, et il ne laissait à ses leçons que ce qu'il leur fallait de mouvement et de chaleur pour ajouter à leur autorité ; en un mot, messieurs, si, à la puissance gracieuse de sa parole, M. Richard eût joint le profond savoir de son père, c'eût été la perfection même.

Quant à l'objet de son enseignement, il était bien déterminé et bien circonscrit, c'était l'*histoire naturelle médicale*, ou, en d'autres termes, l'exposé de toutes les ressources que l'art médical peut tirer des trois règnes de la nature ; mais il faut dire que la botanique, bien qu'alternant avec la zoologie, en faisait presque tous les frais, et encore, comme ce n'était que la *botanique médicale*, M. Richard devait-il presque uniquement s'attacher à faire connaître les plantes qu'on nommait autrefois plantes *usuelles*, et qu'on nomme aujourd'hui plantes *utiles*.

Ainsi M. Richard était tenu, dans son enseignement, d'envisager la botanique précisément au point qui avait inspiré tant de préventions et de dégoûts à J.-J. Rousseau.

Vous vous rappelez sans doute, messieurs, les pages si sombres, si éloquentes et en même temps si paradoxales du promeneur solitaire ; comment il va jusqu'à faire un crime à la médecine d'avoir cherché, parmi les plantes, le moyen d'adoucir les maux de l'humanité ! comment il soutient que le règne végétal peut bien être un riche magasin d'aliments donné aux hommes par la nature, mais qu'il ne saurait être une officine pour les infirmes et les malades !

Étranges égarements d'une imagination exaltée et maladive ! Il se révolte à l'idée seule de cette destination ; toute cette pharmacie, dit-il, lui soulève le cœur ; elle ternirait, à ses yeux, l'émail des prairies, et le plaisir qu'il éprouve

à parcourir les champs serait empoisonné s'il se laissait aller à penser aux maladies qu'on prétend guérir par le moyen des plantes.

Vous pensez bien, messieurs, que les auditeurs de M. Richard ne pouvaient avoir ces délicatesses et ces répugnances, les leçons d'ailleurs si attrayantes et si instructives du maître les auraient bientôt dissipées. Qui n'eût été charmé, en effet, de le voir, les mains pleines de fleurs, entrer dans mille détails, tous pleins d'intérêt, tantôt sur leurs caractères botaniques, et tantôt sur leurs propriétés curatives ? Et comment aurait-on pu sentir diminuer son admiration pour ces belles plantes, quand on venait à apprendre que de leurs racines, de leurs tiges et de leurs feuilles on peut extraire des sucs bienfaisants ? N'était-ce point-là, au contraire, une pensée qui, loin de ternir l'éclat des fleurs, devait embellir jusqu'aux végétaux les plus vulgaires et les plus dédaignés ? Ceci est tellement vrai, messieurs, que telle plante, jusque-là méconnue et délaissée, excitait le plus vif intérêt quand le professeur, plaidant en quelque sorte sa cause, venait à montrer qu'elle aussi pouvait exercer une influence salutaire dans le cours des maladies. Vous le voyez, s'écriait alors M. Richard, ce n'est ni dans la dimension des végétaux, ni dans la majesté de leur port qu'il faut chercher l'indice de l'intérêt qu'ils doivent nous inspirer ; la beauté et l'élégance des formes, l'épaisseur du feuillage, la vivacité des couleurs, ne sont nullement l'apanage des végétaux utiles.

Ne serait-ce point encore là, messieurs, une des vues de la Providence, qui, jusque dans le règne végétal, aurait voulu maintenir quelque chose de ce divorce si fréquent entre l'esprit et la beauté ? Bernardin de Saint-Pierre, à coup sûr, aurait soutenu cette thèse, et que de rapports, que d'harmonies il aurait pu trouver, en ce sens, dans les deux règnes organisés ! Comme il se serait hâté, par exemple, de nous montrer qu'à ce point de vue il en est des oiseaux qui peuplent nos forêts comme des végétaux qui couvrent la terre ! La beauté du plumage, la richesse et l'éclat des couleurs, l'élégance des formes, ne sont pas non plus ici, en effet, l'indice des qualités et des talents ; tel oiseau sur lequel la nature semble avoir épuisé ses pinceaux ne fait entendre que des cris rauques et ingrats, tandis que tel autre d'apparence humble et chétive, timide et pauvrement vêtu, nous jette dans le ravissement lorsque, interrompant le silence des belles nuits d'été, il remplit de ses chants tous les lieux d'alentour :

... Et mœstis late loca quæstibus implet.

Je m'arrête à regret, messieurs, dans ces poétiques rapprochements, mais il faut revenir à la botanique médicale et à M. Richard ; permettez-moi, cependant, une dernière remarque sur les plaintes de J.-J. Rousseau, elle nous ramènera à notre sujet.

Rousseau s'en prend de tous ses dégoûts et de toutes ses répugnances à celui qu'il appelle un certain Dioscoride ; c'est lui, dit-il, qui a fait le malheur de la botanique, en la donnant comme une partie de la médecine. Rousseau, messieurs, aurait pu se dispenser de remonter aussi haut, il lui suffisait de jeter les yeux autour de lui pour trouver les auteurs de ce méfait ; ce sont, en effet, les médecins de son temps qui s'étaient ainsi emparés de la botanique au profit de leur art. La botanique n'était plus pour eux une science à part et distincte, qui a ses principes et ses lois, c'était une simple division de leur fastidieuse matière médicale. Ouvrez en effet le fameux livre de Jean-Baptiste Chomel *sur les plantes usuelles*, ce livre qui, de 1712 à 1803, a eu jusqu'à sept éditions, et dont la vogue a duré ainsi tout un siècle, vous verrez comment la pauvre botanique y est traitée. Et d'abord, dans ce splendide vêtement que Dieu a jeté sur la terre, dans ce beau règne végétal, J.-B. Chomel ne voyait que deux choses : il ne voyait que des plantes *évacuantes* et des plantes *altérantes*, et, comme il avait découvert qu'il y a sept routes par lesquelles les humeurs peuvent sortir du corps, il avait sous-divisé ses plantes évacuantes en sept grandes classes, et de même pour ses plantes altérantes, qu'il avait aussi judicieusement classées.

Et notez que ce n'était pas seulement dans son livre qu'il avait aussi savamment distribué les végétaux ; à l'exemple de Bernard de Jussieu, qui avait groupé toutes ses plantes en *familles naturelles* dans le jardin de Trianon, J.-B. Chomel avait arrangé les siennes dans son jardin de la rue Saint-Jacques, d'après leurs propriétés médicinales ; de sorte que, dans ce lieu de plaisance, on trouvait le parterre des plantes vomitives, puis celui des plantes purgatives et ainsi de suite.

Hâtons-nous de dire, messieurs, pour l'honneur de notre art, que les succes-

seurs de Chomel ont compris tout autrement l'enseignement de la botanique médicale : ainsi M. Richard, pour ne parler ici que de lui, se gardait bien de distraire les plantes de leurs familles naturelles : respectant tous ces liens de parenté, il commençait par en faire l'histoire au seul point de vue de la science, puis il passait aux applications et il en faisait connaître les diverses propriétés avec une sage réserve.

Déjà plusieurs botanistes, et de Candolle en particulier, avaient posé en ce sens quelques grands principes : de Candolle avait dit que si, en d'autres temps, nous ne pouvions arriver à reconnaître les propriétés des plantes que par l'observation approximative, nous savions aujourd'hui que les organes et les sucs homonymes des végétaux analogues ont produit des qualités et des propriétés analogues. Cette loi souffre, il est vrai, de nombreuses exceptions ; mais de Candolle n'en avait pas moins appelé l'attention des botanistes sur un fait général très-remarquable, et c'est ce que M. Richard avait parfaitement compris. Il n'éprouvait qu'un regret, disait-il; c'était de ne pouvoir rattacher ainsi toutes les propriétés des plantes à leurs dispositions organiques. Quant à l'existence et au nombre de ces propriétés, ce n'est qu'après un mûr examen qu'il se décidait à les admettre ; peut-être même a-t-il apporté un peu trop de réserve dans cette partie de son enseignement. Si l'on compare, en effet, ce qu'il a publié à ce sujet avec les livres de ses devanciers, on est frappé de la différence des temps. Jetez les yeux sur les tables placées à la fin des anciens traités des plantes usuelles, vous verrez combien alors la médecine était riche en remèdes fournis par les plantes et quelle confiance elle y attachait. Il n'était pas une maladie, pas une infirmité qui n'eût au moins en regard une ou deux plantes propres à la guérir, ce qui était déjà assez consolant; mais il y a mieux : plus une maladie était grave, tenace et rebelle, plus il y avait de plantes pour la combattre. Ainsi, dans l'ouvrage de Chomel, s'il n'y a que quatorze plantes contre le cancer, il y en a cinquante et une contre l'épilepsie, et quatre-vingt-huit contre l'hydrophobie. Vous conviendrez, messieurs, que dans un pareil état de choses, c'était, comme on l'a dit, malice pure aux malades de continuer à l'être.

Mais dans l'ouvrage de M. Richard, les choses sont bien changées; et l'on serait tenté de s'écrier : Les remèdes s'en vont ! M. Richard va jusqu'à dire qu'il aurait volontiers banni de son histoire naturelle médicale toutes les plantes qui lui semblaient en désaccord avec la nature des altérations contre lesquelles on les préconise, et que, s'il ne l'a pas fait, il en a du moins diminué la liste autant qu'il l'a pu.

Il est heureux, messieurs, que M. Richard n'ai fait aucune espèce d'application du principe qu'il venait de poser, son bon esprit l'en a empêché; il a continué de croire, comme ses devanciers, à l'utilité des plantes en médecine; seulement, en homme sage, prudent et exempt de préjugés, il a cherché à en bien assigner les bornes ; je dirai même qu'il a eu ici un grand mérite, celui de substituer les médications aux remèdes, et de rendre ainsi à la médecine son véritable rôle dans l'emploi des plantes. Si l'homme du monde ne trouve plus, dans son ouvrage, un remède placé en regard de chaque maladie ; si ce leurre n'est plus offert à la crédulité publique, l'homme de l'art y trouve des observations positives et judicieuses sur les effets physiologiques et thérapeutiques des différentes familles végétales ; il y voit quelles sont parmi les plantes celles qui peuvent exercer une influence véritablement salutaire dans le cours des maladies. M. Richard ne nous a donc pas désarmés ; il nous a montré, au contraire, comment nous pouvons trouver dans le règne végétal les moyens de combattre avec efficacité les tendances morbides les plus fâcheuses.

La médecine ainsi comprise promet beaucoup moins sans doute qu'en d'autres temps, mais elle tient mieux ses promesses. Que cette thérapeutique soit ou non le produit d'un pur empirisme, peu importe : elle existe et notre art n'est pas une imposture. Sans doute, messieurs, il y a encore des esprits difficiles, sceptiques et frondeurs, qui nient ces faits et qui voudraient nous condamner à une désastreuse expectation ; mais ces esprits, qui se croient supérieurs, ne sont que bornés; la foi leur manque parce que les connaissances leur font défaut; ils n'ont que des notions générales et superficielles, et c'est là ce qu'ils appellent la *philosophie de la science*. Triste philosophie, messieurs, que celle qui mène au mépris de notre art et qui s'applaudit de sa propre impuissance ! M. Richard était trop éclairé et trop honnête homme pour partager cet arrogant scepticisme ; il avait foi dans son art, et je viens de dire avec quel incomparable talent il faisait passer ses convictions dans l'âme de ses auditeurs.

Après ce coup d'œil jeté sur l'enseignement de M. Richard, M. Dubois aborde l'étude des travaux écrits et surtout des livres classiques laissés par l'érudit botaniste; puis il revient à sa personne, à sa famille. De même qu'il avait trouvé à louer les ascendants, M. le secrétaire général s'empresse de payer la dette de la science aux descendants, en particulier à Gustave Richard, le plus jeune des fils du savant professeur, mort à la suite d'une mission scientifique dans le nord de l'Afrique.

DISTRIBUTION DES PRIX.

Avant de reproduire la liste des prix décernés dans cette séance, nous devrions dire un mot du rapport de M. Devergie. Le soin qu'apporte l'honorable secrétaire à remplir sa tâche fait que bien des parties de ce travail donnent le bilan exact de la science sur les points dont il aborde l'étude. Mais la publication de ce rapport est exclusivement réservée pour le volume des Mémoires. Nous devons nous borner à faire remarquer que jamais l'Académie ne s'est montrée aussi parcimonieuse de ses récompenses. Ainsi le prix de l'Académie, le prix Portal, le prix Civrieux, le prix Barbier, le prix Capuron pour les eaux minérales, n'ont pas été décernés et n'ont valu aux nombreux concurrents que des encouragements. Ce fait, en se renouvelant, vient prouver que la savante compagnie met trop souvent au concours des questions insolubles ou dont l'intérêt est épuisé.

Prix de 1860. — *Prix de l'Académie.* — La question proposée par l'Académie était celle-ci : « Quels sont les moyens d'éviter les accidents que peut entraîner l'emploi de l'éther ou du chloroforme; quels sont les moyens de remédier à ces accidents ? » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Cinq mémoires ont été envoyés au concours. L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 600 francs à M. le docteur Faure.

Prix fondé par M. le baron Portal. — La question proposée par l'Académie était conçue en ces termes : « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et applications pratiques qui en découlent; c'est-à-dire étudier par des observations positives les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats et les conséquences ultérieures; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître, et indiquer le traitement qu'ils réclament. » Ce prix était de la valeur de 600 francs. Un seul mémoire a été envoyé pour ce concours; l'Académie n'a pas cru devoir décerner de prix, et elle a décidé que la même question serait remise au concours; mais elle accorde aux deux auteurs, MM. les docteurs Charcot et Benjamin Ball, cette même somme de 600 francs à titre de récompense.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé la question suivante : « Apprécier l'influence de la chloro-anémie sur la surexcitation nerveuse, sous le double rapport du diagnostic et du traitement. » L'Académie avait fait remarquer aux concurrents qu'ils devraient, à l'article du diagnostic, insister sur les cas où la surexcitation nerveuse a été prise pour une affection organique aiguë ou chronique des parties dans lesquelles cette surexcitation avait son siége. Ce prix n'était que de la valeur de 2,000 francs; mais grâce à une décision de M. le ministre de l'instruction publique, l'Académie a pu le porter à la somme de 2,400 francs. Seize mémoires avaient été soumis au jugement de l'Académie, qui cependant n'a pas pu donner de prix; mais elle a accordé à titre de récompenses : 1° une somme de 900 francs à M. le docteur Max Simon, médecin à Aumale; 2° une somme de 900 francs à M. le docteur Mordret, du Mans; 3° une somme de 600 francs à M. le docteur Zurkowski, de Pont-à-Mousson. L'Académie décerne en outre des mentions honorables à : 1° M. le docteur Philippe Beroud, de Saint-Etienne; 2° M. le docteur Emile Marchand, de Sainte-Foix; 3° M. F. Vigen, étudiant en médecine à Paris; 4° M. le docteur Padioleau, de Nantes.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — La question proposée, conformément aux prescriptions du testateur, était celle-ci : « Du diagnostic et du traitement de la mélancolie. » Mais l'Académie, en limitant ainsi la question, désirait qu'elle fût envisagée par les concurrents au point de vue médical, et en s'appuyant sur des observations cliniques. Ce prix, qui est triennal, était de la valeur de 1,500 francs. L'Académie accorde le prix à M. le docteur Semelaigne.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — 1° *Question relative à l'art des accouchements.* La question proposée par l'Académie était : « Des paralysies puerpérales. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Trois mémoires ont été envoyés pour ce concours. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Imbert-Gourbeyre, de Clermont-Ferrand. — 2° *Question relative aux eaux minérales.* L'Académie avait proposé la question suivante : « Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux sulfureuses naturelles ; préciser les états pathologiques dans lesquels telle source doit être préférée à telle autre. » La valeur de ce prix était de 1,000 francs. Deux mémoires ont été envoyés pour ce concours. L'Académie ne décerne pas de prix ; mais elle accorde un encouragement de 600 francs à M. le docteur Puigt, médecin-inspecteur des eaux minérales d'Olette.

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs pour le service de 1858 et de 1859. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder :

Pour 1858 : 1° *Un prix de 1,500 francs partagé entre :* M. le docteur Dumas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; M. le docteur Calvet, de Carcassonne (Aude) ; Mme Chamaillard, sage-femme à Vannes.

2° Des médailles d'or à : M. Dugat-Azaret, docteur en médecine à Orange ; M. Pellarin, docteur en médecine à Montrouge ; M. Segalas, officier de santé à Marmande ; Mme Tuvache, sage-femme à Chartres.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Pour 1859 : *Un prix de 1,500 francs partagé entre :* M. Pâris, docteur en médecine à Reims ; M. Baudry, docteur en médecine à Evreux ; M. Bourguel, docteur en médecine à Rhodez.

2° Des médailles d'or à : M. Dubreuilh, docteur en médecine à Bordeaux ; M. Cayrel, docteur en médecine à Toulouse ; M. Testel, docteur en médecine à Paris ; Mlle Loyer, sage-femme à Caden.

3° Cent médailles d'argent aux autres principaux vaccinateurs.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1859 :

1° Rappels des médailles à : MM. Autellet, Guipon, Bordes, Bocamy, Danvin, Lecadre, Vingtrinier, Lacaze.

2° Des médailles d'argent à : MM. Duboué, Labesque, Lebesle, Zandyck, Carassus, Beaupoil, Dubourg.

3° Des médailles de bronze à : MM. Lagarde, Colson, Poussié fils, Dussouil, Guillot, Cottin, Lemaire, Lemoine.

4° Des mentions honorables à : MM. Mignot, Rebory, Bonnet, Barrera, Cellarié, Durand, Piédallu, Lemaistre, Serradell, Jacquez.

Médailles accordées à MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales en 1858 :

1° Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à : MM. Cabrol, Caillat, de Puisaye, Regnault.

2° Médailles d'argent à : MM. Crouzet, Dutrouleau, Lapeyre, Pagès, Lecourgeon.

3° Médailles de bronze à : MM. Baron, Bruguière, Genieys, Patézou.

4° Mentions honorables à : MM. Marbotin, Tripier.

Prix proposés pour l'année 1861. — *Prix de l'Académie.* — « Des désinfectants et de leurs applications à la thérapeutique. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « De l'inflammation purulente des

vaisseaux lymphatiques et de son influence sur l'économie. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — « De l'angine de poitrine. » Ce prix sera de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — 1° *Question relative à l'art des accouchements :* « De l'influence que les maladies de la mère, pendant la grossesse, peuvent exercer sur la constitution et sur la santé de l'enfant. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

2° *Question relative aux eaux minérales.* Ce prix, qui est également de la valeur de 1,000 francs, sera accordé au meilleur ouvrage récemment publié sur les eaux minérales.

Prix de chirurgie expérimentale fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1862. — *Prix de l'Académie.* — L'Académie met au concours la question suivante : « Déterminer, en s'appuyant sur des faits cliniques : 1° quelle est la marche *naturelle* des diverses espèces de pneumonies, considérées dans les différentes conditions physiologiques des malades ; 2° quelle est la valeur relative de l'expectation dans le traitement de ces maladies. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie propose de nouveau, pour sujet de ce prix : « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et des applications pratiques qui en découlent ; c'est-à-dire étudier, par des observations positives, les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats, et les conséquences ultérieures ; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître, et indiquer le traitement qu'ils réclament. » Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — « Déterminer la part de la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — « Du pemphigus des nouveau-nés. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. Orfila. — Ce prix, qui ne peut pas être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale. L'Académie propose de nouveau la question relative aux champignons vénéneux, et elle la formule de la manière suivante : 1° Donner les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour le vulgaire ; rechercher quelle est l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, sur le danger de ces champignons. 2° Examiner s'il est possible d'enlever aux champignons leur principe vénéneux, ou de les neutraliser, et, dans ce dernier cas, rechercher ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'ils ont subie. 3° Étudier l'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer. 4° Faire connaître les indications consécutives aux recherches ci-dessus indiquées et qui pourraient éclairer la toxicologie. Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

M. le professeur Sédillot est nommé directeur de l'École de santé militaire instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg.

M. Jules Charrière, par un arrêté récent du ministre de l'instruction publique, est nommé fournisseur des instruments de la Faculté de médecine de Paris.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Examen critique de la théorie de la substitution.

Par le docteur J. Delioux, professeur à l'École de médecine navale de Toulon.

L'irritation est le point de départ de la révulsion, de la transposition et de la substitution, trois faits pharmaco-dynamiques intéressants qui, eux-mêmes, servent de base à d'importantes médications. Je dois me borner ici à indiquer ces faits, et je n'insisterai quelque peu que sur le troisième, la substitution, dont on a dans ces derniers temps considérablement exagéré la portée, et qui rentre d'ailleurs dans l'action topique dont elle serait un mode particulier d'expression.

La théorie de la substitution est appuyée sur un principe qui, dans certaines limites, est vrai au fond, à savoir : qu'une irritation thérapeutique peut vaincre une irritation pathologique en se mettant à sa place, en tant que la première guérit plus promptement et plus sûrement que la seconde. Mais la substitution thérapeutique est beaucoup moins fréquente qu'on ne le dit et qu'on ne le croit ; et là où l'on s'imagine l'avoir obtenue, il arrive tout simplement que l'on a pris le change sur la nature des phénomènes pharmaco-dynamiques ou sur le procédé à l'aide duquel la guérison a eu lieu. En effet, plusieurs des prétendus agents substitutifs ont un mode d'action parfaitement explicable par d'autres artifices. Les uns sont des astringents, qui agissent principalement par la propriété de condenser les matières albuminoïdes ; tels sont les sels d'alumine, de zinc, de cuivre, d'argent, de mercure, employés à faible dose ou en dissolution étendue. Dira-t-on qu'ils sont aussi irritants ? je l'accorde ; mais par leurs propriétés irritantes je comprends bien plus qu'ils aident aux résultats de leurs propriétés astringentes, que je ne comprends l'établissement momentané par leur entremise d'une phlegmasie artificielle. De quoi s'agit-il dans les cas où l'on invoque leur emploi ? d'une congestion locale ou même d'une inflammation franche, qui retiennent dans les mailles des tissus, dans le canal des petits vaisseaux, du sang qui y reste stagnant et détourné de son cours, ou des produits épanchés qui se refusent d'eux-mêmes à la résorption. Eh bien, les sels que nous venons de citer ne peuvent-ils donc pas contracter les parois des vaisseaux sur ces *detenta* pathologiques, et favoriser ainsi leur expulsion ou leur plus libre cours, et s'ils ne suffisent pas à la résolution par le mécanisme

de l'astringence, ne sont-ils pas aussi aidés dans leur action par ces propriétés irritatives, qui en excitant la sensibilité du tissu, font réagir celui-ci sur les stases qui le constituaient à l'état morbide, et qui vont par cette impulsion rentrer dans quelques voies absorbantes ou éliminatoires? Je n'affirme point que les choses se passent ainsi, mais je dis que cela est infiniment plus probable que l'irritation substitutive.

D'autres agents, censés substitutifs, ne sont que des détersifs, et l'on s'explique parfaitement leur action par la propriété qu'ils possèdent de dissoudre les coagulums protéiques de la nature desquels participent beaucoup d'exsudats pathologiques. Cette dissolution s'opère sans aucune irritation dans plusieurs cas, et c'est ce qui a lieu, par exemple, avec le bicarbonate de soude presque à toutes doses, et même avec les carbonates alcalins neutres, pour peu qu'ils soient suffisamment étendus; c'est ce qui a eu lieu surtout pour le borate de soude, l'un des sels dont l'action topique est la plus douce, que l'œil lui-même, cet organe si irritable, supporte sans que sa sensibilité réagisse (comme on peut s'en convaincre dans l'emploi des collyres boratés), et que l'on ne saurait trop s'étonner de voir porter au nombre des irritants substitutifs. Et quand bien même certaines substances détersives n'opéreraient qu'au prix d'un peu d'irritation du tissu modifié par elles, il y a loin encore de cette irritation fugace et sans manifestation visible à une véritable phlegmasie thérapeutique qui en déplacerait une autre antécédente; ou bien, comme pour les astringents, on est tout aussi fondé à croire que cette irritation est plutôt excitative de la résolution que substitutive de l'état morbide qui tarde à se résoudre ou qui s'y refuse.

Il est également difficile d'admettre que ce soit principalement par substitution qu'agissent les vomitifs et les purgatifs; car les uns opèrent consécutivement à leur absorption, et leur action topique n'entre pour rien dans leurs effets; et d'autres, comme nous l'avons dit pour les purgatifs salins, ont une action topique à laquelle l'irritation est étrangère. Je crois que quelques substances émétiques ou cathartiques peuvent exciter directement la muqueuse digestive; mais entre cette excitation et quelque chose qui méritorait le nom de *phlegmasie*, j'entrevois des différences radicales; je n'admets point, par exemple, que 10 centigrammes de tartre stibié, atténués par l'eau qui leur sert d'abord de véhicule, puis par celle qui est ingérée en abondance pour favoriser le vomissement, puissent agir sur la surface interne de l'estomac comme un sinapisme sur la peau. L'estomac, qui, dans son état physiologique, supporte si patiemment le

piment, le poivre et l'alcool, ne va pas prendre une gastrite au contact d'un grain d'émétique. Est-ce qu'il ne tolère pas parfaitement, d'ailleurs, le tartre stibié à hautes doses dans bon nombre de maladies ?

L'intestin est plus sensible, mais il ne l'est pas encore au point de s'enflammer ni même de s'irriter lorsqu'on lui adresse des purgatifs aussi doux, aussi localement inoffensifs que les sels neutres et l'huile de ricin. De ce qu'une substance fait vomir ou purge, il n'en résulte pas qu'elle irrite, et la preuve, c'est que plusieurs produisent le même effet lorsqu'on les injecte dans les veines.

On impute ensuite des phlegmasies substitutives de l'intestin à des médicaments qui ne l'atteignent même pas, et qui sont absorbés dans l'estomac, ou tout au moins fort souvent au-dessus du point où l'on croit agir. Enfin, lors même que certains purgatifs atteindraient la portion d'intestin malade, c'est de la spéculation pure de prétendre qu'ils modifient en irritant. Dans la dothinentérie, par exemple, il y a un élément inflammatoire incontestable dans l'intestin ; mais si les purgatifs, qui sont vraiment utiles dans cette maladie, étaient capables de surexciter les follicules enflammés, je suis convaincu qu'ils seraient nuisibles, et je ne les admettrais pas dans la médication.

Il serait par trop commode de tout expliquer en thérapeutique par la substitution ; et à cet égard les disciples et les enthousiastes d'un maître éminent ont évidemment outre-passé une doctrine plus ingénieuse que solide.

Quant aux caustiques, je me refuse positivement à admettre que la substitution ait rien à voir dans leur action, à moins de jouer sur les mots. Il est certain que lorsqu'à la place d'une plaie, d'une tumeur, d'une muqueuse qui suppure, on met une escarre, on substitue une lésion à une autre, avec la pensée seulement que la seconde sera moins grave que la première et sera plus facilement curable. Mais, à ce compte, tout est substitution en thérapeutique. Une plaie sécrète des produits inaptes à la cicatrisation ; nous trouvons et nous lui appliquons des topiques qui déterminent la formation du tissu cicatriciel : nous avons donc substitué un phénomène réparateur à un travail ulcératif nuisible et sans but. Substituer des phénomènes à d'autres phénomènes, à la condition que les nouveaux seront de meilleur augure et plus favorables à la guérison que les anciens, mais nous ne faisons que cela en thérapeutique ! Seulement, qu'on le remarque bien, ce sont des phénomènes d'ordre contraire que nous cherchons généralement à susciter, et par

des moyens contraires aussi à la nature du mal. Or, ce n'est point là l'affaire de la substitution, comme l'entendent du moins les substituteurs. La substitution, fille bâtarde de l'homœopathie, ne peut renier sa mère ; comme celle-ci elle doit donc avoir en vue d'établir, à la place d'une lésion donnée, une lésion de même nature et ne différant que par ses tendances médicatrices. Or, entre un tissu et une escarre, entre un travail pathologique quelconque qui suppose toujours un certain degré d'organisation, et la désorganisation produite par un caustique, y a-t-il opposition ou similitude ? La réponse n'est pas douteuse, et l'on ne saurait invoquer ici le *similia similibus curantur*. La cautérisation n'*homœopathise* point les parties ; elle les dénature radicalement, en emportant du même coup la lésion antérieure, et en laissant une lésion d'un caractère tout opposé : c'est donc bien une méthode destructive, abortive, désorganisatrice, comme on voudra l'appeler, mais non une méthode substitutive, dans le sens que la théorie homœopathique peut revendiquer pour ce mot qu'elle a inspiré. Et, en effet, s'agit-il d'une sécrétion purulente rebelle, d'une inflammation virulente, grave, compromettante pour l'organe qui en est le siége, ou exposant l'économie à la résorption ; s'agit-il d'une ophthalmie blennorrhagique, d'un chancre, d'un cancer, etc., par l'emploi d'un caustique approprié on détruit une membrane pyogénique de mauvais caractère, un tissu hétérologue, on supprime une source d'infection ; le mal avorte, s'épuise, non par remplacement, mais par arrêt de développement : c'est une destruction, en un mot, et non pas une substitution.

D'ailleurs, les prétendues phlegmasies thérapeutiques substituées aux états morbides spontanés, et qui sont censées les guérir, ne se voient pas toujours et sont souvent aussi difficiles à démontrer à l'extérieur qu'à l'intérieur. Nous avons vu tout à l'heure combien de doutes on peut émettre sur ce mode d'action attribué aux vomitifs et aux purgatifs. Appliqués à l'extérieur, les irritants substitutifs ne prouvent pas davantage qu'ils méritent constamment ce nom. Ainsi, par exemple, des collyres à base de zinc, de cuivre ou d'argent, peuvent être employés de manière à n'exciter aucune douleur, aucune injection apparente de la conjonctive, et ils n'en guérissent pas moins, bien au contraire. Appliqués sur d'autres muqueuses, les sels de ces métaux, ou d'autres invoqués au même titre, peuvent ne manifester par aucun phénomène sensible le procédé substituteur qu'on leur suppose. Citons encore un topique très-usité aujourd'hui, et très-digne de l'être, l'alcoolé d'iode, que l'on n'a pas manqué de réclamer pour l'arsenal de la substitution. Son action topi-

que est souvent fort agressive, et elle peut aller jusqu'à produire la vésication et même la cautérisation ; mais elle peut aussi ne causer aucun phénomène appréciable d'irritation, et elle n'en fait pas moins disparaître certaines lésions superficielles ou voisines de la peau. Par quel mécanisme a donc lieu cette disparition ? J'aime mieux avouer que je l'ignore, que de l'imputer à une irritation artificielle qu'il m'est impossible d'apercevoir. Et ainsi tout le monde est en droit de nier la substitution thérapeutique ou tout au moins d'en douter, là où l'irritation manque à l'appel de l'expérimentateur.

La théorie de la substitution abuse, elle, du droit d'expliquer ; elle a doublement tort lorsqu'elle présume et suppose au lieu de démontrer, et lorsqu'elle étend à la généralité des phénomènes obtenus par certains médicaments l'artifice d'un même procédé médicateur. Que des irritations opportunes, que des phlegmasies habilement provoquées soient capables de donner à quelques actes pathologiques une solution inespérée, rien de mieux, et je le concède avec tous ceux qui à l'occasion ont cru pouvoir déroger à la méthode des contraires, sans cesser de croire que c'est elle qui domine l'art de guérir ; mais il n'en restera pas moins acquis, pour tous ceux aussi qui interpréteront justement les phénomènes inflammatoires et les propriétés physico-chimiques des médicaments, que le fait de la substitution, loin d'être aussi général qu'on l'a prétendu, n'est que rare et exceptionnel en thérapeutique appliquée.

Phthisie pulmonaire guérie, nonobstant les progrès de la cachexie tuberculeuse.

Par M. le professeur FORGET (de Strasbourg).

Un axiome des plus encourageants pour les travailleurs, c'est qu'il n'est pas de sujet si rebattu, si vulgaire, où l'on ne puisse trouver à glaner, le hasard venant parfois en aide.

S'il est un sujet qui paraisse avoir épuisé l'ardeur et la perspicacité des observateurs, c'est certainement la phthisie ou tuberculose pulmonaire, comme on dit aujourd'hui. Génésie, séméiotique, thérapeutique surtout, ont été et sont journellement ressassées, sans qu'il en sorte rien de bien important, rien qui n'ait été dit, observé... et oublié. Parmi les principes soi-disant acquis à la science, il en est quelques-uns qui semblent appuyés sur des bases inébranlables ; tels sont les suivants :

1° La phthisie, coïncidant avec la cachexie tuberculeuse généralisée, est incurable.

2° Pour guérir la phthisie pulmonaire compliquée de cachexie tuberculeuse, il faut, avant tout, combattre et guérir cette cachexie.

3° La guérison de la phthisie réclame des moyens actifs dirigés tout à la fois contre l'état local et contre l'état général, qui sont solidaires l'un de l'autre.

A Dieu ne plaise que nous voulions attenter à des principes qui sont aussi les nôtres. Seulement, et en conformité de cette loi, qu'il n'est pas de règle sans exception, on nous permettra de produire un fait, un seul, qui porte atteinte positivement à l'inflexibilité des principes susénoncés. Ce fait m'a été fourni par un de ces heureux hasards qui incombent quelquefois aux cliniciens scrupuleux. Il est impossible qu'il soit isolé et que des faits analogues n'aient pas été rencontrés par d'autres observateurs ; mais il est, sans doute, arrivé à ceux-ci ce qui m'est arrivé à moi-même, à savoir : que ces faits sont passés sous leurs yeux sans éveiller dans leur esprit les idées, les conséquences qui me sont apparues après coup, alors que, plusieurs mois après l'avoir recueillie, j'analysais l'observation dont il s'agit dans des vues tout autres que celles qui me sont apparues subitement, comme un jet de lumière dans les ténèbres. J'extrais donc cette observation d'un groupe de quatre faits relatifs à la *cachexie scrofuleuse sans phthisie pulmonaire*, destiné à un autre journal, et je la reproduis dans le *Bulletin de Thérapeutique*, en raison des graves conséquences qu'elle implique, au point de vue de la guérison spontanée, et, par conséquent, de la curabilité de la phthisie pulmonaire avec cachexie tuberculeuse.

Obs. *Cachexie scrofuleuse. — Tubercule cérébral diagnostiqué pendant la vie. — Phthisie pulmonaire guérie.* — Une femme de trente-six ans, affectée de cachexie scrofuleuse, entre à la clinique en août 1860. Elle dit éprouver depuis quelques jours un mal de tête violent et continu, qu'elle rapporte principalement au sinciput. Du reste, toutes les fonctions s'exécutent normalement : point de délire, de convulsions, de paralysie ; point de fièvre, point de troubles digestifs, respiration normale. Mais cette femme porte au côté gauche du cou une tumeur ganglionnaire volumineuse. Plusieurs cicatrices scrofuleuses anciennes occupent diverses régions du cou, et même le haut du thorax. Elle ne peut rien nous dire de particulier sur ses antécédents.

Nous considérons d'abord cette céphalalgie comme purement nerveuse, hystérique ou chlorotique. Les réfrigérants, les sédatifs, les ventouses, le vésicatoire à la nuque sont employés sans résultat

satisfaisant. Bien que la malade soit assez colorée et que la douleur soit plus vive et plus persistante qu'elle ne l'est d'ordinaire dans l'anémie chlorotique, nous prescrivons les ferrugineux (fer réduit par l'hydrogène, 25 centigrammes matin et soir). La douleur persistant avec la même intensité, nous soupçonnons enfin qu'elle pourrait bien être due à une lésion organique quelconque de l'encéphale, au développement de quelque tumeur, la douleur permanente étant un des symptômes les plus ordinaires de ce genre de lésion. Puis, nous nous sommes demandé de quelle nature pouvait être cette tumeur, et nous avons émis l'opinion que ce pouvait être, selon toute probabilité, un tubercule cérébral, eu égard à la concomitance de la cachexie scrofuleuse. Mais les diverses lésions organiques de l'encéphale comportant toutes à peu près les mêmes symptômes fonctionnels (douleur, convulsions, délire, paralysie), nous ne présentions ce diagnostic que comme une probabilité déduite de l'état général du sujet, de la tuberculose constitutionnelle, laquelle n'excluait pas absolument une lésion d'un autre genre.

Nous en étions là de nos conjectures lorsque, sans que l'état de cette femme parût aggravé, elle fut prise, un soir, de mouvements convulsifs suivis d'un état comateux, qui se termina promptement par la mort, une douzaine de jours après son entrée. La nouvelle de cette catastrophe subite et inattendue ne fit que nous confirmer le diagnostic tubercule cérébral, lequel tubercule s'était compliqué de lésion aiguë, de ramollissement cérébral sans doute.

Nécropsie. — A l'ouverture du crâne, on remarque au sommet de l'hémisphère cérébral droit, à un centimètre de la grande fente longitudinale, une dépression légère avec coloration rougeâtre de la dure-mère, indiquant une lésion sous-jacente. La dure-mère incisée, on reconnaît qu'elle adhère, par l'intermédiaire de l'arachnoïde et de la pie-mère, au tissu cérébral lui-même, dans une étendue circulaire de deux ou trois centimètres de largeur. Cette adhérence est manifestement le produit d'un travail inflammatoire. Le tissu cérébral correspondant présente un ramollissement grisâtre, du volume d'une petite noix ; et, au centre de ce ramollissement, on découvre un tubercule du volume d'un pois, blanchâtre, sébacé (tubercule cru), dont la couleur et la consistance tranchent sur celles de la substance cérébrale qui l'enveloppe. On ne rencontre rien de particulier dans les autres parties de l'encéphale exploré avec soin.

A l'ouverture du thorax, les poumons se présentent de prime abord à l'état sain; mais on trouve au sommet du poumon droit un de ces froncements, de ces ratatinements noirâtres, si communs

dans les autopsies, au centre duquel on découvre deux petits tubercules du volume d'un grain de chènevis, secs, crétacés, entourés de tissu pulmonaire noir et induré dans l'étendue de quelques millimètres d'épaisseur (tubercules cicatrisés). Rien dans le reste de ce poumon et rien dans l'autre.

Les autres organes ne présentent rien de particulier.

La tumeur ganglionnaire du cou est indurée, comme squirreuse, et contient plusieurs noyaux de matière tuberculeuse crue. (Observation recueillie par M. Rumbach, aide de clinique.)

Au premier coup d'œil, il n'y a rien que de rigoureusement classique dans cette observation : cachexie tuberculeuse, tubercule cérébral, tubercules dans les poumons, tout cela est parfaitement conforme à la loi.

Tubercules pulmonaires, oui ; mais à quel état? à l'état crétacé, cicatrisé, tandis que la tuberculisation poursuit ses ravages ailleurs... Veuillez y réfléchir, et voyez combien de graves conséquences pratiques découlent de ce simple fait! Il démontre que :

1° La phthisie pulmonaire peut guérir, nonobstant la persistance et l'aggravation de la cachexie tuberculeuse ; d'où résulte que :

2° La marche de la phthisie pulmonaire est, jusqu'à un certain point, indépendante de l'état général diathésique ou cachectique.

3° Par conséquent, la coexistence de la cachexie générale n'implique pas nécessairement l'incurabilité de la tuberculose pulmonaire..

4° Cela étant, il est rationnel de combattre directement la phthisie pulmonaire, indépendamment des indications résultant de la cachexie.

5° Ainsi se trouve réhabilité le traitement local de la phthisie, nonobstant les grands principes d'unité et de généralité morbides tant prônés aujourd'hui.

6° C'est là certainement une des plus belles applications de la doctrine des éléments pratiques, puisque nous voyons ici l'élément local primer en quelque sorte l'élément général, par le fait de son indépendance et des indications thérapeutiques majeures qui en découlent.

Mais ce n'est pas tout. Est-il donc impossible de nous rendre compte de cette évolution isolée des tubercules pulmonaires et de leur curabilité, nonobstant la persistance de la cachexie ? J'ai dit, dans mes *Principes de thérapeutique* (article Phthisie), que si la doctrine des éléments n'existait pas, il faudrait l'inventer pour la

phthisie pulmonaire ; car je professe depuis longtemps que nulle part la complexité des éléments et leur importance isolée ne se manifestent plus clairement. Parmi ces éléments, il en est particulièrement trois qui dominent les autres : 1° l'état général (diathèse ou cachexie); 2° la formation et l'évolution des tubercules pulmonaires; 3° la phlegmasie péri-tuberculeuse, qui concourt si puissamment au progrès et à l'aggravation, sinon à la production du tubercule et de la maladie en général. L'importance des deux premiers de ces éléments est généralement admise ; il n'en est pas de même du troisième qui, pourtant, grâce peut-être à nos prédications incessantes, commence à prendre faveur. Je veux parler de l'élément inflammation qui, la diathèse aidant, peut engendrer directement le tubercule et qui, dans tous les cas, en favorise singulièrement l'évolution. Eh bien ! supposez que chez un sujet cachectique, le tubercule pulmonaire existant avec son inflammation périphérique, vous parveniez, par un traitement quelconque, à faire cesser cette inflammation : le tubercule, réduit en quelque sorte à lui-même, cessera de progresser ; il rétrogradera ; bref, il se cicatrisera, la tuberculisation poursuivant ailleurs ses ravages. La diathèse ayant probablement besoin du concours de l'inflammation pour produire le tubercule, c'est peut-être ce qui explique la fréquence du tubercule pulmonaire, l'organe respiratoire étant l'organe le plus sujet à l'inflammation. Quoi qu'il en soit, cette pathogénie, ainsi présentée sous forme de principe abstrait, serait certainement accueillie comme une énormité par la plupart de nos lecteurs, s'ils ne la voyaient se réaliser et prendre un corps dans l'observation que je viens de produire ; il est évident, en effet, pour tout esprit non prévenu, qu'ici le tubercule s'est arrêté et crétifié par le fait du défaut de travail inflammatoire ambiant, puisque la diathèse subsistait toujours.

Eh bien ! ce que la nature a fait ici, l'art ne pourrait-il pas le faire ? En plaçant les malades dans des conditions telles que la phlegmasie pulmonaire fût prévenue ou combattue avec succès, ne peut-on pas espérer guérir la phthisie pulmonaire, malgré la persistance de la cachexie ? Cette supposition me paraît autorisée par les faits assez nombreux de guérison obtenue par le séjour dans un climat à température égale et douce, chez des sujets restés lymphatiques et même scrofuleux. Voilà, si je ne me trompe, d'assez solides arguments en faveur de l'importance capitale de l'élément inflammatoire pulmonaire et des moyens susceptibles de le résoudre, comparés à ces méthodes actives qui n'ont en vue que la fonte du

tubercule ou la destruction de la diathèse, sans égard pour l'élé ment inflammation.avivé par bon nombre de ces altérants.

Mais il importe de rappeler que la phthisie n'est censée guérissable que lorsque le tubercule est isolé ou groupé en petit nombre, comme dans notre observation. La nature est impuissante, probablement, à résoudre ces *farcissements* de tubercules à tous les degrés, qui, malheureusement, constituent la plupart des cas de phthisie *confirmée*, d'où la fatalité attachée à cette affection par la presque universalité des praticiens. Mais, par contre, combien de tubercules isolés, *latents*, guérissent à l'insu du malade et du médecin, si l'on en juge par la fréquence des tubercules crétacés du sommet rencontrés dans les amphithéâtres, même chez les sujets les mieux constitués ; la vaste poitrine de Broussais contenait des tubercules !

Je borne ici ces commentaires, que l'on pourrait multiplier à l'infini, et je les livre aux méditations des praticiens sensés, heureux d'avoir eu la bonne fortune de pouvoir produire un fait anatomique, lequel peut servir de solide fondement pour une loi nouvelle à joindre à celles qui régissent la pathologie de la phthisie pulmonaire ; à savoir, je le répète, que les tubercules des poumons peuvent guérir, nonobstant la persistance des tubercules dans d'autres organes ; loi féconde surtout en déductions thérapeutiques et qui ne manquera pas, je l'espère, de trouver sa confirmation, soit dans les faits antérieurs, soit dans les investigations futures des anatomistes et des praticiens.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Note sur deux cas de guérison de la chute du rectum au moyen des injections sous-cutanées de sulfate de strychnine.

Par M. Dolbeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Quelques médecins pensent que la chute du rectum, si fréquente chez les jeunes enfants, est une affection qui doit être abandonnée à la nature. Cette manière de voir a pour raison l'extrême rareté de cet accident chez les adultes, d'où il est permis de conclure que la guérison spontanée ne serait pas une chose exceptionnelle. Si l'intervention de l'art devient indispensable dans bon nombre de cas, le plus souvent les accidents sont légers ; on comprend en outre que la nature même du traitement ait fait préférer l'expectation à certaines

méthodes de cure radicale. Mais en présence d'un moyen aussi simple que l'injection, sous la peau, de quelques gouttes de sulfate de strychnine, il y a lieu de penser que désormais on n'abandonnera plus à elle-même la chute du rectum, quelle que soit d'ailleurs la simplicité de cette affection. Tel est l'ensemble des motifs qui nous engagent à faire connaître deux faits de cure radicale par l'injection de strychnine. Le premier de ces faits a été observé à l'hôpital des Enfants malades, et la guérison a pu être constatée par plusieurs des médecins de l'établissement.

Chute du rectum traitée avec succès par l'injection sous-cutanée de sulfate de strychnine. — Au numéro 1 de la salle Sainte-Pauline se trouve une petite fille âgée de trois ans et demi. L'enfant paraît d'une bonne constitution ; son infirmité remonte à deux ans, mais rien n'a été tenté pour obtenir la guérison. Cependant la muqueuse rectale fait à chaque garde-robe une saillie de trois centimètres. La plus simple pression suffit à réduire la chute. On ne trouve dans les antécédents aucune circonstance qui permette de rattacher l'affection à une cause quelconque. Les parents rapportent que l'enfant a été atteinte de coqueluche, mais bien longtemps après l'apparition de la chute du fondement ; on ne peut donc invoquer les efforts de la toux comme cause du prolapsus. Aucuns troubles dans les voies urinaires. Pas de diarrhée persistante. Le 5 juillet, M. Dolbeau injecte, avec la seringue de Pravaz, 10 gouttes d'une solution de sulfate de strychnine ainsi formulée :

Eau................................	30 grammes.
Sulfate de strychnine.................	30 centigrammes.

La canule est enfoncée, à la distance d'un centimètre en dehors de l'orifice anal, du côté droit, à une profondeur d'un demi-centimètre environ. Cette petite opération ne provoque pas de douleur notable. L'enfant fait un cri au moment de la piqûre, mais aussitôt elle retrouve sa gaieté, en voyant qu'on la laisse tranquille.

La journée se passe bien. Rien n'est changé dans le régime et les habitudes de l'enfant.

Dans la soirée l'enfant a été deux fois à la selle, et le prolapsus ne s'est pas produit.

Le 6. Au moment de la visite, une nouvelle garde-robe provoque la sortie du rectum.

Le 7. Nouvelle injection de 10 gouttes suivie d'une légère friction sur la partie. Pas d'accidents.

Depuis cette deuxième opération le prolapsus ne s'est plus repro-

duit. L'enfant a été gardée jusqu'au 30 juillet : nous avons pu nous assurer, pendant ces trois semaines, que la guérison était parfaite. (Observation recueillie par M. Chalvet, interne du service).

Vers la même époque, on amena dans le même hôpital un enfant qui portait une chute du rectum depuis plusieurs années. Je fis successivement et à quelques jours d'intervalle quatre injections, dont le résultat fut négatif. L'inspection de la seringue démontra que chaque fois le liquide, au lieu de passer dans les tissus, montait au-dessus du piston, qui s'appliquait très-mal au corps de pompe. C'est là un des graves reproches à adresser aux seringues de Pravaz ; elles fonctionnent rarement bien. Cet insuccès présente cependant de l'intérêt : l'observation fait voir que la simple piqûre pratiquée dans le voisinage du sphincter est insuffisante à guérir la chute du rectum. La simplicité de l'opération avait fait penser à plusieurs personnes que la piqûre agissait au moins autant que les quelques gouttes de la solution ; il nous paraît démontré que cette manière de voir n'est nullement justifiée.

Une circonstance singulière se rattache encore au fait précédent. Quelques jours après la dernière piqûre, la portion prolapsée fut prise de gangrène, s'élimina, et l'enfant fut ainsi guéri de son infirmité par les seules ressources de la nature.

Il me reste maintenant à donner la relation du deuxième cas de guérison par l'injection médicamenteuse.

Le 11 septembre, un de mes confrères me pria de donner mes soins à un gros garçon de cinq ans. Cet enfant portait une chute du rectum, qui formait une saillie de trois centimètres et demi. On avait essayé les bains de siége froids, les lavements froids et astringents, enfin l'électricité. Il fut décidé qu'on tenterait la cure au moyen d'une injection de sulfate de strychnine. Le 12 au matin, je fis une ponction tout près de l'anus, et j'enfonçai la petite canule à un demi-centimètre de profondeur ; 11 gouttes furent injectées et je comprimai la petite piqûre, pendant quelques instants, pour empêcher la sortie du liquide. L'enfant n'avait rien dit, et il parut fort surpris d'en être quitte à si bon compte. Aucun accident ne fut observé, et, depuis, la chute du rectum ne s'est pas reproduite. Dans les premiers jours de novembre j'ai appris que la guérison persistait.

En présence d'une opération aussi simple, aussi efficace, il nous semble impossible que ce mode de traitement ne prenne pas la première place dans la thérapeutique des chutes du rectum.

Nous ajouterons comme renseignement utile que chaque goutte

était représentée par un demi-tour du piston de la seringue de M. Charrière. Enfin, si dans quelques cas particuliers des accidents toniques se développaient, les lecteurs du *Bulletin* doivent se rappeler que le meilleur moyen à employer serait le lait pris à haute dose.

Sur les corps étrangers introduits dans l'urètre et dans la vessie [1].

Par M. le docteur Foucher,
Chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

De quelque façon que l'on envisage la question, l'indication reste la même ; il faut débarrasser la vessie du corps étranger qu'elle contient. Or, le chirurgien ne peut avoir recours qu'à deux voies d'extraction : la voie naturelle ou une voie artificielle. Le choix de la méthode est tout entier basé sur une connaissance aussi exacte que possible de la disposition du corps introduit, et les variétés offertes sous ce rapport sont relatives à la forme, au volume, à la nature, à la durée du séjour. Ces notions indispensables sont fournies au chirurgien par le malade et par l'exploration directe.

Il arrive assez souvent que, malgré la honte qu'il éprouve, le malade, poussé par la crainte du danger qu'il court, donne au chirurgien les renseignements les plus complets et lui indique la nature du corps étranger, sa forme, son volume, et alors le diagnostic n'offre aucune difficulté ; cependant, même dans ces cas, il peut rester quelques doutes, parce que le corps étranger peut avoir subi quelques altérations, ou s'être recouvert de concrétions calcaires dont la consistance, la disposition, sont importantes à connaître. L'exploration directe sera le complément des renseignements fournis par le malade lui-même. C'est ainsi que, chez notre malade, nous avons pu conserver quelques doutes de ce genre ; cet homme indiquait bien que, trois jours auparavant, il avait introduit dans son urètre un morceau de cuir verni roulé en forme de cigarette; mais les détails qu'il donnait sur la longueur de ce morceau de cuir, sur le diamètre qu'il avait, une fois enroulé sur lui-même, étaient peu précis. De plus, une pareille substance, imbibée par l'urine, avait pu se dérouler de manière à offrir maintenant la forme d'une lamelle et non celle d'un cylindre.

Lorsque le malade ne donne aucun renseignement, soit parce qu'il les ignore, soit parce qu'il ne peut vaincre le sentiment de honte qui l'accable en face d'une pareille mésaventure, et que les don-

[1] Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 493.

leurs sont supportables, le corps étranger peut passer inaperçu et produire plus tard des accidents mortels dont la cause ne sera reconnue qu'à l'autopsie. Morgagni parle d'un fait de ce genre : « Vir « quidam agricola, ex diuturnis acerbissimisque urinariæ vessicæ « cruciatibus mortuus, in hâc, sub oculis doctorum et studiosorum « apertâ, lapidem gerebat parvæ nucis magnitudine et forma, qui « acceverat circa capitulum crinalis acûs ex orichalco, tres digitos « transversos longæ, et, quod animadvertendum, non curvatæ sed « rectæ. »

Mais le plus souvent l'intensité des douleurs conduit le malade vers le chirurgien, que la nature même des accidents engage à faire une exploration directe.

Cette exploration est basée à la fois sur la palpation, le toucher et le cathétérisme.

La palpation n'a guère d'utilité que lorsque le corps étranger est arrêté dans l'urètre : alors on peut voir et sentir une saillie inégale, dure, plus ou moins volumineuse, douloureuse à la pression et située en un point du trajet de l'urètre ; mais encore ce moyen simple d'exploration, très-avantageux pour la région pénienne, ne peut-il fournir aucune indication précise dans la région périnéale, à moins que le sujet ne soit très-amaigri. Si même le corps est petit, allongé comme une épingle, la palpation pourra ne donner aucune indication sur tous les points du conduit urétral. En tous cas, la palpation ne saurait servir pour constater la présence d'un corps étranger dans la vessie, à moins, toutefois, que ce corps n'ait encore une extrémité engagée dans l'urètre ; dans un cas de ce genre, M. Cazenave (de Bordeaux) a parfaitement senti l'extrémité d'une sonde métallique faisant saillie au périnée ; il en fut de même chez le malade opéré par Ph. Boyer à l'Hôtel-Dieu, en 1856.

Il faut alors avoir recours au toucher qui, chez la femme en particulier, peut permettre d'arriver aux notions les plus précises, non-seulement sur l'existence, mais encore sur la forme, le volume, la nature du corps étranger. Ce mode d'exploration peut être pratiqué le plus souvent par l'urètre, parce que, chez la plupart des femmes livrées aux manœuvres coupables qui ont amené l'accident, le canal, déjà si dilatable, est considérablement agrandi ; on peut donc introduire le doigt jusque dans la vessie, et cela ne surprendra pas quand on songe que, suivant un cas rapporté par Meyer, le coït a pu être pratiqué par cette voie. Le doigt ainsi introduit apprécie le volume, la forme et la position du corps étranger, et peut servir de guide aux instruments destinés à l'extraire. En tous cas, il serait

possible, si cela devenait nécessaire, de dilater préalablement l'urètre avec l'éponge préparée, avec la racine de gentiane ou une grosse sonde, etc. On peut voir, dans l'observation XVI du mémoire de M. Denucé, comment cet habile chirurgien a pu, en introduisant l'index de la main gauche dans l'urètre, reconnaître le manche d'un poinçon en ivoire situé dans la vessie d'une femme, en apprécier la forme, le volume, la position, et l'extraire avec succès par la même voie.

Le toucher vaginal peut venir en aide au toucher urétral pour déterminer la forme et la position du corps étranger qui se trouve ainsi saisi entre les deux doigts. Chez l'homme, le toucher rectal peut rendre, jusqu'à un certain point, les mêmes services que le toucher vaginal, mais l'étendue de la paroi vésicale que le doigt peut parcourir ainsi est moindre ; l'étroitesse du rectum, la hauteur que le doigt devra atteindre sont autant de conditions défavorables. Toutefois, ce mode d'exploration ne saurait être négligé, et, joint au cathétérisme, il peut donner au diagnostic une plus grande précision.

Le cathétérisme constitue, en définitive, le grand moyen de diagnostic, chez l'homme, des corps étrangers introduits dans la vessie, comme des calculs formés dans cet organe. Lorsque, comme dans le cas que nous supposons, le malade ne donne aucun renseignement, c'est qu'il est dans une disposition d'esprit telle qu'il n'a dû venir réclamer les secours de la chirurgie que vaincu par la souffrance, et il est rare qu'alors le corps introduit ne soit pas entouré par une couche calcaire qui lui donne tous les caractères d'un véritable calcul. On procédera donc au cathétérisme avec les mêmes précautions, en suivant les mêmes règles minutieuses que s'il s'agissait de rechercher un calcul. On se servira de la sonde d'argent ordinaire, ou mieux encore de la sonde coudée de M. Mercier, qui permet de parcourir facilement toute la surface interne de la vessie. On tiendra compte de la rudesse du frottement, de la mobilité du corps étranger, pour ne pas le confondre avec les tumeurs prostatiques, les colonnes vésicales, les valvules vésico-prostatiques, etc.

Il peut arriver que, comme chez notre malade, le corps, formé par une substance flexible et disposée en membrane, donne la sensation du contact des parois vésicales un peu indurées ; et nous aurions certainement éprouvé de l'embarras, si le malade ne nous eût déjà fourni les renseignements désirables. Le neveu de frère Côme, Pascal Baseilhac, raconte qu'il a tiré de la vessie d'un gentilhomme trois corps longs et ronds comme un moyen doigt index, et qui n'étaient exactement qu'un champignon de la nature de ceux

qu'on nomme *lycoperdon* ou vesse-de-loup. La sonde ne les rencontrait que par hasard, et ils causaient un si faible choc qu'on ne pouvait ni le répéter, ni décider leur nature, ou leur volume. Ce qui ajoute encore à la difficulté que l'on éprouve en pareil cas, c'est la mobilité du corps étranger qui flotte à la surface du liquide contenu dans la vessie ; aussi est-il bon de faire quelques recherches après avoir vidé la vessie ; et, chez notre malade en particulier, nous avons pu remarquer que le corps étranger était facilement rencontré et saisi, lorsque la vessie était vide. L'explorateur à deux branches et à mors plats de M. Mercier pourra servir à découvrir les corps étrangers peu volumineux, à en reconnaître la consistance et jusqu'à un certain point le volume. On pourra aussi dans le même but faire usage de la pince à trois branches, ou trilabe, de M. Civiale. On comprend combien les recherches devraient être minutieuses pour trouver dans la vessie une aiguille, une épingle introduite récemment par un malade qui ne fournirait aucun renseignement.

Lorsque le corps étranger est reconnu, que le chirurgien a acquis sur sa nature, son volume, sa consistance, sa forme, des notions aussi complètes que possible, il faut songer à débarrasser le malade. Quand il s'agit d'une femme, la dilatabilité et la brièveté de l'urètre rendent les procédés d'extraction d'un emploi facile et efficace ; il est rare qu'une incision soit nécessaire pour créer une voie artificielle d'extraction. Mais chez l'homme, si l'on a pu quelquefois profiter d'une voie accidentelle créée par le corps étranger lui-même, comme dans le fait appartenant à M. Cazenave (de Bordeaux), où il s'agit de la canule d'un trocart ayant servi à la ponction vésicale, qui s'échappa dans la vessie et en fut retirée par l'ouverture de la ponction, le plus souvent le chirurgien doit créer la voie artificielle par l'un des procédés de taille ou procéder à l'extraction par l'urètre, qui, à cause de sa longueur unie à son étroitesse et à ses courbures, offre une voie d'élimination beaucoup moins favorable que l'urètre de la femme.

La taille était le procédé généralement employé avant la découverte de la lithotritie. Ainsi, M. Denucé, en compulsant 249 faits qui ont nécessité la taille ou l'extraction, a trouvé qu'il s'en est passé 127 avant 1830 et 122 depuis. Dans la première série, on note que la taille a été pratiquée 100 fois et l'extraction 27 fois ; dans la deuxième, le rapport est presque inverse, la taille est pratiquée 21 fois et l'extraction 101.

En réunissant 39 cas de taille pratiqués sur l'homme pour des corps introduits dans la vessie, M. Denucé a trouvé 36 tailles péri-

néales, 2 tailles hypogastriques, 1 taille recto-vésicale, sur lesquelles il compte 6 morts, la taille recto-vésicale et 5 tailles périnéales, c'est-à-dire 15 pour 100. C'est à peu près la mortalité ordinaire de la taille, d'après l'ensemble des relevés statistiques fournis par M. Malgaigne dans sa thèse sur les diverses espèces de taille. Dans les 50 cas d'extraction relatifs à des hommes dont parle M. Denueé, on ne trouve que 3 cas de mort : l'un, observé par Goodwin Johnson (Med. chir. Review, 1837), où il s'agit d'un fragment de sonde en métal, extrait avec le forceps de Weiss; l'autre appartient à MM. Robert et Heurteloup (*Bulletin de Thérapeutique*, 1847), et se rapporte à un cure-oreilles en ivoire dont une extrémité était engagée dans la paroi vésicale; et enfin le troisième fut observé par Chaumet (de Bordeaux); il s'agissait d'un malade de quarante-quatre ans, atteint d'une myélite, qui voulut se sonder avec un pampre de vigne; un morceau se brisa dans la vessie. Chaumet tenta l'extraction au moyen de la lithotritie : dix séances successives eurent lieu, et le malade était à peu près débarrassé, lorsqu'il fut pris de frisson et mourut. On voit, toutefois, qu'à part ces trois cas un peu exceptionnels, la guérison a été la règle lorsque l'extraction a eu lieu par les voies naturelles.

Aussi, depuis une trentaine d'années, est-ce dans cette direction qu'ont eu lieu tous les efforts des chirurgiens; ces efforts ont abouti à la création d'un grand nombre d'instruments spéciaux, la plupart très-ingénieux.

Chacun de ces instruments a été construit dans le but de remplir quelque indication particulière en rapport avec l'infinie variété des corps étrangers : les uns s'appliquent mieux à l'extraction des objets mous, flexibles, allongés; les autres doivent saisir les corps aigus, rigides; d'autres, enfin, sont plutôt destinés à sectionner, à broyer le corps étranger.

Nous n'avons pas à faire ici la description de tous ces instruments que l'on trouvera dans les traités spéciaux, et en particulier dans le mémoire de M. Denueé. Nous remarquerons seulement que, parmi ces instruments, un grand nombre s'appliquent à la fois aux corps étrangers de la vessie et à ceux de l'urètre. Les uns doivent saisir directement l'objet et permettre de l'attirer au dehors par le canal de l'urètre : tels sont l'anse de Marini, les divers crochets et les pinces de toute espèce, celle de Hales, le trilabe de M. Civiale, etc. Ces instruments conviennent aux corps étrangers peu longs et peu volumineux qui, une fois saisis solidement, ont chance de traverser l'urètre; mais quand il s'agit d'objets volumineux et allongés, s'ils

sont formés d'une substance sécable ou friable, telles que les tiges de plantes, les sondes en gutta-percha, etc., on peut espérer les diviser avec les litholabes incisifs de MM. Leroy et Civiale, ou avec celui de M. Caudmont. Si le corps est rigide et allongé, il ne peut être extrait qu'autant qu'il se présente à l'ouverture de la vessie dans le sens de sa longueur, et comme ce ne sera que par hasard que les instruments à simple préhension rempliront ces conditions, et que dès lors le chirurgien est exposé à répéter souvent et infructueusement des manœuvres fatigantes, on a construit des instruments qui, ayant saisi le corps étranger même par le milieu, peuvent le ramener dans l'axe du canal. Tels sont les divers redresseurs, la pince à barrette de M. Leroy, l'instrument de M. Mathieu, etc.

Ces instruments, tous très-ingénieux, peuvent rendre de grands services quand il s'agit de retirer de la vessie un bout de sonde, un cure-dents et même des épingles; mais, pour ces derniers objets comme pour les corps allongés et flexibles, on peut faire usage d'un instrument qui, après avoir saisi le corps étranger, le plie dans sa partie moyenne, et permet de le retirer en double à travers l'urètre. Tels sont le duplicateur de M. Ségalas, celui de M. Mercier, etc.

L'appareil instrumental ne nous faisait donc pas défaut pour retirer le morceau de cuir introduit dans la vessie de notre malade, puisque ce corps, par sa nature et probablement par son volume, pouvait à la rigueur être saisi et extrait par les divers mécanismes que nous venons de rappeler. Nous n'avons pas songé un seul instant à employer les instruments sécateurs; nous pensions qu'en morcelant le corps étranger, c'était rendre multiple une opération que nous pourrions terminer en une seule séance. Nous avons pensé que si nous parvenions à saisir solidement le corps étranger par une extrémité ou même par le milieu, nous pourrions, en raison de sa flexibilité, lui faire franchir le col et tout au moins la portion membraneuse de l'urètre dont la dilatabilité est fort grande, et en supposant même qu'il s'arrêtât en ce point, nous aurions rempli une partie de notre but, qui était d'éviter à la vessie le contact plus prolongé d'un objet irrégulier et anguleux.

Pour obtenir ce résultat, nous aurions pu nous servir de l'instrument de M. Mercier pour l'extraction des sondes flexibles. Cet instrument ressemble au brise-pierre ; la branche femelle est fenêtrée et forme une large gouttière; la branche mâle est très-mince d'un côté à l'autre, mais très-forte d'avant en arrière et terminée, en avant, par un crochet profondément échancré, qui lui donne la forme

d'un S. En saisissant en travers le corps étranger, celui-ci, remontant entre les mors jusqu'au crochet terminal, aurait été plié en deux par une forte pression et se serait trouvé, en outre, logé en partie dans la gouttière. Mais il nous a paru que cet instrument, parfaitement disposé pour saisir les instruments longs et arrondis, comme une sonde, était peut-être moins convenable pour un corps aplati et flexible. Nous avons donc, en définitive, eu recours au brise-pierre ordinaire peu volumineux et à mors plats ; mais ceux-ci ayant laissé échapper le corps étranger, nous avons choisi un petit brise-pierre à mors fenêtrés et profondément dentelés ; nous espérions que le corps, une fois saisi, serait fixé par les dents qui s'y implanteraient, et se replierait notablement dans la branche femelle fenêtrée. Après quelques tentatives infructueuses, nos prévisions se sont réalisées, et le morceau de cuir, solidement saisi non loin d'une extrémité, a franchi, au moyen de tractions énergiques, mais lentes et continues, le col de la vessie et la région membraneuse, que la main qui tenait l'instrument a sentis se dilater successivement et non céder brusquement, comme à la suite d'une déchirure. Nous avons pu remarquer que la recherche d'un corps étranger de cette nature donne lieu à plusieurs difficultés. La mollesse de sa substance fait qu'après l'avoir saisi on éprouve une sensation fort analogue à celle qui résulte de la préhension des parois de la vessie ; pendant une exploration, nous avons dû desserrer l'instrument, craignant d'avoir pincé la muqueuse vésicale ; d'un autre côté, le corps étranger a toujours été plus facilement saisi lorsque la vessie contenait peu de liquide, parce qu'alors, probablement, il se trouvait au niveau de l'orifice du col et que, quand la vessie était pleine, il surnageait à la partie supérieure.

Quoi qu'il en soit, ce morceau de cuir replié et enroulé n'a pu franchir complétement la région du bulbe ; à ce point, l'instrument l'a laissé échapper, et alors on a pu parfaitement apprécier le relief qu'il formait en remplissant le canal de l'urètre. A ce moment, le malade restait sous le coup d'une rétention d'urine complète ; il fallait que ce corps fût extrait séance tenante. Nous pouvions avoir recours à l'un des nombreux instruments qui ont été inventés pour l'extraction des corps étrangers de l'urètre : les uns, comme la pince de Hales, celle d'Amussat, etc., devant saisir le corps étranger par son extrémité antérieure et permettre de l'attirer au dehors ; les autres, comme les curettes articulées, devant passer derrière le corps étranger afin de le ramener en avant. Le corps auquel nous avions affaire remplissait trop exactement l'urètre pour

qu'il fût possible de conduire un instrument derrière lui ; d'un autre côté il eût été difficile, sans risquer de le refouler dans la vessie, de saisir solidement un corps assez fortement serré pour s'être échappé des mors d'un instrument dont les dentelures s'y étaient pourtant implantées. Il nous a paru préférable de créer une boutonnière urétrale qui permît de débarrasser sûrement et promptement le malade, et qui, dans cette région, n'offrait pas de danger.

Ce procédé était généralement employé avant la création des instruments auxquels nous venons de faire allusion ; et, de l'aveu de tous les chirurgiens, la plaie qu'il nécessite se cicatrise sans accidents. MM. Demarquay et Parmentier affirment que, dans tous les cas publiés qu'ils ont pu trouver, la guérison définitive a eu lieu dans un espace de temps qui a varié de six à trente jours, et jamais on n'a noté d'accidents. L'innocuité est d'autant plus grande que l'incision porte sur une partie plus antérieure du canal ; et, sous ce rapport, la situation du corps étranger chez notre malade était favorable. Il faut toutefois procéder à cette incision avec méthode ; et quand, par exemple, il s'agit de diviser l'urètre immédiatement en arrière du scrotum, la peau est tellement mobile qu'il est bon de porter, comme nous l'avons fait, une sonde cannelée jusqu'au corps étranger, de relever autant que possible les bourses, de tendre soigneusement les tissus, de faire soutenir ou de soutenir avec la main gauche le corps étranger en arrière, et de donner à l'incision de la peau beaucoup plus d'étendue qu'à celle de l'urètre. Ces précautions sont utiles pour prévenir les infiltrations d'urine et arriver plus sûrement au corps étranger, dont la saillie sert déjà de guide. Il est bon aussi de n'ouvrir d'abord l'urètre que dans un point, et d'agrandir l'incision sur la sonde cannelée afin que les bords en soient réguliers ; c'est dans le même but que nous lui donnons une étendue suffisante pour que le corps soit extrait sans le moindre tiraillement. On se place, en opérant de cette manière, dans les meilleures conditions pour obtenir une prompte réunion.

L'opération de la boutonnière nous a donc permis de compléter immédiatement l'extraction du corps étranger ; et les suites en ont été fort simples, puisque le malade n'a pas même eu de fièvre, et qu'au bout de dix-sept jours la plaie était complétement cicatrisée, et le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouvelle poudre destinée à la préparation instantanée de l'eau sulfureuse pour boisson.

Il est peu d'agents de la matière médicale dont les applications remontent à une plus haute antiquité et se soient autant généralisées que celles du soufre. Aussi les préparations destinées à son emploi thérapeutique sont-elles des plus nombreuses. Un savant chimiste, M. Pouillet, ancien professeur au Conservatoire des arts et métiers, vient d'y ajouter une nouvelle formule, celle d'une poudre destinée à la préparation instantanée de l'eau sulfureuse artificielle pour boisson. Cette formule, ayant reçu l'approbation de l'Académie de médecine et devant figurer dans la prochaine édition du *Codex*, nous ferions défaut à notre mission, si nous ne placions pas sous les yeux des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* la composition de ce nouveau produit pharmaceutique, ainsi que les indications spéciales de son emploi.

Lorsqu'on considère les propriétés diverses du soufre, on s'explique la place que ce précieux médicament a prise dans la thérapeutique appliquée. Le soufre est un agent excitant qui, suivant la dose et l'état des malades, agit comme stimulant, expectorant, diaphorétique, diurétique, purgatif. Pendant longtemps, on a employé de préférence le médicament en nature, après l'avoir purifié par la précipitation et le lavage. On ajoutait même aux fleurs de soufre des substances propres à seconder l'action spéciale qu'on en attendait. Depuis le début de ce siècle, on a donné une large place aux composés que nous prépare la nature, et l'on sait que les stations thermales sulfureuses sont aujourd'hui les plus fréquentées. Les travaux chimiques sur les conditions d'absorption des médicaments, et surtout l'expérimentation clinique, sont venus donner raison à l'usage de ces nouvelles ressources. Toutefois, les médications aux sources mêmes ont souvent une trop courte durée pour triompher des maladies chroniques; aussi les médecins, afin d'assurer les effets thérapeutiques produits, ou de les augmenter, engagent les malades à reprendre à leur retour chez eux l'usage des eaux qu'ils buvaient à la source.

Peu d'eaux minérales naturelles se conservent; leur refroidissement, le contact de l'air, celui du bouchon de liége, dont l'usage ne saurait être évité, sont des causes d'altération qui se font sentir surtout sur les eaux sulfureuses. On a donc cherché à créer des eaux

minérales artificielles dont la conservation fût mieux assurée, et qui fournissent à la pratique médicale un médicament qui fût toujours le même. Le succès a été tel qu'il a donné naissance à une industrie nouvelle. Toutefois, la médication sulfureuse est celle qui a le moins bénéficié du progrès accompli. Tandis qu'on donne les bains de Baréges artificiels par milliers, la thérapeutique n'a pas profité encore des tentatives d'eau sulfureuse pour boisson, et les malades qui ne peuvent se procurer des eaux naturelles, sacrifice pécuniaire considérable par la longue durée de ces traitements, restent privés de ces ressources importantes.

Le Codex avait cherché à combler cette lacune, en publiant une formule de l'eau sulfureuse pour boisson, que l'on préparait avec l'hydrosulfate de soude et quelques autres sels. Mais cette eau ne s'altère pas moins que les eaux naturelles. Il y avait donc un désidératum à remplir au point de vue de la pratique courante, et surtout de la médecine des pauvres : c'est ce qu'a tenté de réaliser M. Pouillet, en préparant une poudre dont le sulfure de calcium est la base. Voici cette formule :

Pr. Sulfure de calcium.
Bicarbonate de soude.
Sulfate de soude.
Sulfate de potasse.
Gomme arabique.
Acide tartrique.

Ces corps, bien secs, sont réduits en poudre fine et mélangés par parties égales.

50 centigrammes de cette poudre, dissous à froid dans un litre d'eau, donnent, après un repos d'un quart d'heure, une eau sulfureuse qu'il est impossible de distinguer au goût des eaux sulfureuses naturelles.

La réaction qui se produit entre les divers éléments de cette poudre est facile à comprendre. L'acide tartrique et le bicarbonate de soude produisent de l'acide carbonique; et cet acide, en présence du sulfure de calcium, donne lieu à un dégagement de gaz sulfhydrique qui se redissout dans le liquide. Comme tout le sulfure de calcium est décomposé, il en résulte une eau toujours identique, en quelque sorte titrée, et qui doit rendre des services à la thérapeutique.

Désormais, la pratique aura donc à mettre au service des plus pauvres malades une poudre qui se conserve indéfiniment, et d'un prix très-minime. C'est ce qu'a compris le directeur de l'assistance

publique; aussi a-t-il chargé plusieurs médecins et chirurgiens de nos hôpitaux d'expérimenter cette formule. Les essais ont eu lieu surtout à l'hôpital Saint-Louis, dans les services de MM. Cazenave et Bazin, pour les applications aux maladies internes, et de M. Richet, pour les maladies chirurgicales. Ce sont les bons résultats obtenus par ces expérimentateurs, ainsi que ceux fournis par les essais faits dans les hôpitaux militaires, par ordre du Conseil de santé des armées, qui ont engagé le rapporteur du travail de M. Pouillet, l'honorable M. Robinet, à soumettre cette nouvelle poudre sulfureuse à la sanction de l'Académie. Cette sanction de la savante compagnie abandonnant ce nouveau produit à l'expérimentation de tous, MM. Debout et Aran se livrent à des études nouvelles sur sa valeur thérapeutique, et ils ne tarderont pas à nous dire ce qu'ils auront obtenu. Il serait dangereux de trancher la question seulement avec les résultats des premiers essais; ceux-ci d'ailleurs ne sont pas publiés, et restent enfouis dans les dossiers académiques, riches catacombes, qui serviront peut-être un jour à nos arrière-neveux. G.

Citromel et tartromel d'iodure ferreux. — Moyen très-simple d'assurer la bonne conservation du sirop d'iodure de fer.

L'iodure de fer, au contact du sucre et des sels contenus dans l'eau dont on s'est servi pour faire les préparations liquides, se transforme souvent en oxy-iodide, qui vient colorer en brun les solutions, entre autres le sirop d'iodure de fer. M. Palmer ayant découvert que l'acide citrique s'opposait à cette transformation, M. Hornscastle, après avoir vérifié le fait, a cru devoir substituer un mellite au sirop. Ce pharmacien a reconnu de plus que l'acide tartrique possède la même propriété de conserver l'iodure de fer. Au lieu de se servir de sucre, il emploie du bon miel blanc, et, selon qu'il fait choix de l'acide citrique ou de l'acide tartrique, il appelle sa préparation *citromel* ou *tartromel d'iodure ferreux*.

139,90 grammes d'iode et 47 grammes de limaille de fer, avec quantité suffisante d'eau, sont convertis, suivant la méthode ordinaire, en iodure ferreux, dont la quantité filtrée donne 195,25 grammes. Cette solution sert à la préparation du *citromel* d'iodure ferreux. Pour cette préparation, on fait fondre à une douce chaleur 375 grammes de miel, après quoi on ajoute 23,50 grammes d'acide citrique dissous dans 35,50 grammes d'eau, et, enfin, 35,50 de la

solution d'iodure ferreux. Le mélange est ramené alors à 426 grammes, puis filtré.

Le *tartromel* d'iodure ferreux se prépare de la même manière, mais au lieu de 23,50 grammes d'acide citrique, on prend 15,50 grammes d'acide tartrique.

Ces deux préparations se conservent pendant un temps illimité, sans éprouver de modification, même dans les bouteilles qui ont été souvent ouvertes pour l'usage. Elles renferment 7,25 pour 100 d'iodure ferreux.

Puisque ce sont surtout les sels contenus dans l'eau qui transforment l'iodure de fer, en prenant le soin de préparer le sirop de sucre avec de l'eau distillée, on n'a pas crainte de voir s'altérer la solution d'iodure de fer qu'on y ajoute pour former le sirop médicamenteux. Ce procédé est adopté dans la pharmacie de M. Mialhe; il fournit un produit limpide et qui ne se décolore jamais, si longtemps qu'on laisse la bouteille débouchée.

Modification apportée au remède de Durande contre les coliques hépatiques.

Dans une discussion qui s'est produite à la Société de médecine, un des membres les plus zélés, M. le docteur Duparcque, a appelé l'attention de ses collègues sur la modification qu'il avait apportée au remède de Durande, et qui consiste dans la substitution de l'huile de ricin à l'essence de térébenthine. Ce mélange donne des résultats aussi rapides, mais plus sûrs, même lorsque les coliques sont produites par des concrétions biliaires. Voici sa formule :

Pr. Ether....................	4 grammes.
Huile de ricin..............	30 grammes.
Sirop de sucre.............	30 grammes.

Mêlez; une ou deux cuillerées de demi-heure en demi-heure d'abord, puis d'heure en heure.

Cette potion calme promptement les douleurs, suspend les vomissements, les spasmes, et provoque en un assez court espace de temps l'expulsion et l'évacuation des calculs biliaires. A l'appui de son expérimentation, qui date déjà de plus de trente années, M. Duparcque ajoute le témoignage d'un savant médecin belge, M. François, qui a employé souvent et avec succès la formule de notre compatriote.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Résultats des premiers essais des inhalations de liquides médicamenteux pulvérisés dans le traitement du croup à l'hôpital Sainte-Eugénie (service de M. Barthez).

L'accueil que vous avez bien voulu faire à mes deux précédentes communications sur la *méthode respiratoire,* au moyen de la pulvérisation des liquides médicamenteux par mon petit appareil portatif, me fait un devoir de vous adresser le résultat des expériences qui ont été faites à la clinique de l'Hôtel-Dieu par M. le professeur Trousseau, et à celle de l'hôpital Sainte-Eugénie par M. E. Barthez, sur des enfants atteints d'angine couenneuse.

Déjà, dans un mémoire de M. le docteur Moynier, chef de la clinique de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, et intitulé : *Faits de diphthérie,* l'auteur donnait en ces termes le résumé des observations dans lesquelles la méthode nouvelle avait été employée par l'éminent professeur :

« La pulvérisation, comme méthode respiratoire, a déjà donné, dans le traitement des angines couenneuses, de nombreux succès... J'ai été témoin, continue-t-il, de la guérison d'une petite fille de quatre ans, atteinte d'une angine pseudo-membraneuse fort grave. Mais l'effet de cette médication a été encore plus manifeste dans un cas d'œdème de la glotte. Sous l'influence de la pulvérisation d'une solution saturée de tannin, la respiration s'est rétablie, lorsque le professeur Robert se disposait à pratiquer la trachéotomie. » (Voir la brochure de M. Moynier. Paris, 1860.)

Bientôt après les expériences de l'Hôtel-Dieu, M. Barthez trouvait l'occasion de les répéter dans son service des enfants à l'hôpital Sainte-Eugénie. Voici un passage de la lettre que ce savant confrère voulut bien joindre au détail des observations rédigées par son chef de clinique :

« Au point de vue important de l'action exercée par la poussière liquide (solution de tannin au 20e) sur la lésion locale elle-même, écrit M. Barthez, vous verrez que chez les trois enfants sujets de nos expériences, les fausses membranes ont subi des modifications favorables. Nous avons pu le constater directement là où elles étaient visibles. Pour le larynx, et peut-être aussi pour les bronches, le fait a été rendu évident par le calme de la respiration, la diminution de la dyspnée, la disparition des accès de suffocation, les résultats de l'auscultation et enfin par ceux de l'autopsie. Chez l'un de nos petits malades, il n'a fallu que vingt-quatre heures pour obtenir le com-

mencement de cette action utile, tandis que chez un autre elle s'est fait attendre près de trois jours.

«Cette amélioration des symptômes locaux, manifeste chez les trois enfants, la disparition même de ces symptômes, n'ont pas empêché deux d'entre eux de succomber. Les résultats de l'autopsie ont démontré que la diphthérie s'était généralisée et avait déterminé la mort après et malgré la disparition de la lésion locale. Le dernier enfant a guéri; mais sa maladie n'avait présenté aucun des symptômes propres à l'intoxication diphthéritique.



Appareil pulvérisateur des liquides en fonction.

A. Vase contenant la solution à poudroyer. B. Tube aspirateur de la solution. C. Petite pompe à piston. D. Corps de l'appareil où se fait la compression. E. Robinet qui produit le filet d'eau capillaire. F. Tambour dans lequel est le disque sur le côté duquel le filet d'eau va se briser. 1, 2, 3, 4, degrés de pression; il faut ne pas dépasser le chiffre 4 qui marque 4 atmosphères.

Nota. On ne pompe que par intervalle, et en donnant seulement deux ou trois coups de piston ; la poussière liquide est dirigée sur les lèvres.

« En présence de ces résultats, vous comprendrez la réserve de mes conclusions ; mais vous comprendrez aussi que je sois encouragé à continuer ces essais, dans l'espérance d'éviter la trachéotomie à un certain nombre d'enfants. »

Avec cette lettre, M. Barthez nous adressait les observations cliniques dont voici le résumé textuel.

Obs. I. *Diphthérie généralisée. — Fausses membranes dans le nez, sur les lèvres, dans la bouche, la gorge, le larynx et, probablement aussi, dans les bronches.— Traitement par les inhalations de la solution de tannin pulvérisée. — Mort, après six jours de traitement, par le fait d'une intoxication profonde. — Disparition complète des fausses membranes, constatée à l'autopsie.* — Bonneille (Félicité), âgée de quatre ans et demi, est admise, le 31 mai 1860, à l'hôpital Saine-Eugénie, dans le service de M. le docteur Barthez, salle Sainte-Mathilde, n° 25. — Elle est d'une constitution robuste et n'a jamais été malade.

Au sixième jour d'une rougeole, des ulcérations se sont montrées sur les lèvres et se sont couvertes, au bout de quarante-huit heures, de peaux blanchâtres ; en même temps, la voix et la toux deviennent graduellement rauques.

Le 1er juin, on observe les symptômes suivants : des fausses membranes, jaunâtres et épaisses, recouvrent presque entièrement le bord libre et la face postérieure des lèvres, occupant aussi en partie la face interne des joues. Il n'y a dans le pharynx et sur les amygdales, en fait de fausses membranes, que des points rares et bien limités. Le nez coule beaucoup, et la muqueuse nasale offre, d'un côté surtout, une couleur grise suspecte. La toux est rauque et parfois éclatante, la voix presque éteinte ; il existe un sifflement laryngé très-prononcé, qui s'entend même à une certaine distance du lit. A l'auscultation, on trouve le bruit respiratoire généralement obscur, avec de gros râles ronflants des deux côtés.

Gonflement considérable du tissu cellulaire et des ganglions sous-maxillaires ; perte d'appétit ; selles normales ; absence d'albumine dans l'urine ; pouls fréquent et faible ; prostration très-marquée, avec pâleur de la face.

L'enfant, qui est très-docile, est soumise immédiatement aux inhalations de la solution de tannin, pulvérisée au moyen de l'appareil de M. Sales-Girons (solution au 20e ; la durée de chaque inhalation est de quinze à vingt minutes ; on en peut aisément faire huit dans la journée). En même temps elle prend un peu de nourriture et de vin de quinquina. Tout traitement est suspendu à neuf heures du soir, pour le repos de la nuit. A ce moment il n'y a pas de changement d'état bien appréciable. Le sommeil est agité et rare ; au milieu de la nuit, survient un accès de suffocation d'une faible intensité et de courte durée.

Le 2 juin. Les troubles fonctionnels sont à peu près les mêmes ; la respiration paraît même un peu plus embarrassée, le sifflement laryngo-trachéal plus sec, la toux moins éclatante et plus éteinte. Cependant le creux épigastrique n'est pas plus déprimé qu'hier.

En somme, il ne semble pas que la solution de tannin pulvérisée ait eu la même action locale sur les parties profondes et sur celles qui s'offrent à la vue; car les fausses membranes des lèvres sont plus sèches, comme tannées, et, sur les bords, légèrement détachées de la muqueuse; le nez aussi coule moins. De telle sorte qu'involontairement on se prend à regretter de ne pouvoir pas soumettre aussi complétement les fausses membranes du larynx et des bronches à l'influence du liquide pulvérisé. Il suffit cependant de respirer soi-même pendant une minute au milieu du brouillard médicamenteux qui sort de l'appareil pour ne pas douter de l'introduction du liquide dans le larynx et peut-être dans les bronches.

On fait une dizaine d'inhalations dans la journée.

L'enfant rejette sans effort un gros paquet de fausses membranes dont il est difficile de dire la provenance. Pas d'accès de suffocation; nuit plus calme.

Le 3 juin. Le nez ne coule presque pas; les fausses membranes des lèvres se dessèchent et se racornissent de plus en plus; en quelques points elles ont disparu. D'ailleurs l'œil est meilleur, la figure plus reposée; il n'y a pas de sifflement laryngé et on entend plus distinctement, à l'auscultation, de gros râles ronflants des deux côtés de la poitrine; la dyspnée est évidemment moins grande, la voix peut-être un peu moins éteinte et la toux moins rauque, assez fréquente. L'état des lèvres, qui saignent avec une extrême facilité, s'oppose à l'examen de l'isthme du gosier.

L'appétit est nul, le pouls ne se relève pas, et, pour la première fois, on constate dans l'urine un léger trouble albumineux.

Neuf inhalations de tannin toujours bien supportées (même solution au 20e; même durée de vingt minutes environ).

Le 4. Depuis hier, la pâleur de la face a augmenté, et la teinte plombée, si remarquable dans l'intoxication diphthéritique, s'est prononcée davantage. Le pouls est extrêmement fréquent et presque insensible; l'albumine existe dans l'urine en grande quantité. L'enfant a eu hier une selle normale; elle refuse toute nourriture. Les forces déclinent rapidement et l'issue de la maladie ne saurait être douteuse.

Cependant l'état local ne s'est pas aggravé, tant s'en faut; les lèvres et le nez sont évidemment en meilleur état; le passage de l'air dans le larynx n'est plus difficile, et le bruit respiratoire s'entend bien dans toute l'étendue de la poitrine. Cinq inhalations.

Le 5. Les ganglions sous-maxillaires n'ont pas sensiblement diminué depuis le début de la maladie; le pouls s'est un peu relevé, tout en conservant sa fréquence; l'amélioration de l'état local continue; les fausses membranes ont complétement disparu dans la gorge, ainsi qu'à l'entrée des narines et sur le bord libre des lèvres; la face interne de ces dernières n'est pas encore tout à fait débarrassée, ce qui tient probablement à un contact imparfait avec le liquide médicamenteux pulvérisé. La toux conserve encore un peu de raucité; mais la respiration est calme et silencieuse, et il n'y a plus lieu de continuer le traitement.

Le 6. Malgré la réapparition de quelques points pseudo-membra-

neux sur la lèvre inférieure et une légère extinction de la voix, les phénomènes locaux s'amendent et paraissent presque sur le point de disparaître, pendant que la petite malade arrive rapidement au terme de son existence. La pâleur de la face est extrême, la prostration complète, le pouls insensible ; les extrémités sont froides, l'urine contient une grande quantité d'albumine.

Le 7. La mort arrive dans la matinée, sans asphyxie apparente.

Autopsie faite vingt-quatre heures environ après la mort. — Les amygdales, le pharynx, le larynx n'offrent, en aucun point, des fausses membranes ; il n'en existe non plus aucune trace dans la trachée ni dans les bronches, dont la couleur est seulement plus rouge qu'à l'état normal. Les mucosités sont médiocrement abondantes. Dans la plèvre droite, léger épanchement de liquide séreux ; un peu d'affaissement aux bases et sur les bords des deux poumons, ainsi qu'à la partie inférieure du lobe supérieur droit.

Pas de caillots dans le cœur ; sang liquide avec une légère teinte bistre.

Rougeur assez vive de la muqueuse intestinale.

Rien de notable dans les autres organes de l'abdomen.

Les centres nerveux seuls n'ont pas été examinés.

Remarques. — Cette observation de diphthérie est intéressante à plus d'un titre. Elle nous montre : 1° l'explosion simultanée de la maladie sur les lèvres et sur toutes les parties des voies respiratoires, ou son extension très-rapide à toutes ces parties ; 2° la modification des phénomènes locaux, au bout de vingt-quatre heures, sous l'influence des inhalations de tannin ; 3° l'amélioration locale d'autant plus notable et plus prompte que les fausses membranes subissaient plus complétement le contact du liquide pulvérisé ; 4° l'aggravation concomitante et graduelle des symptômes généraux de l'intoxication diphthéritique ; 5° la relation de ces symptômes généraux et de l'albuminurie, qui, ne paraissant qu'au huitième jour de la maladie, fait de rapides progrès pendant que les phénomènes asphyxiques s'effacent.

Tel est, monsieur le rédacteur, l'exposé de cette première observation, dont j'ai conservé le texte en l'abrégeant. Une deuxième observation, dont le détail serait encore plus long, se résume en ces termes :

Obs. II. Il s'agit d'un petit garçon de quatre ans et demi, pris d'angine couenneuse, que M. Barthez soumet (le septième jour de l'affection) aux inhalations de la même solution tannique pulvérisée. En ce moment, dit le texte de l'observation, on pouvait craindre d'avoir à recourir prochainement à la trachéotomie.

Dès la première séance de dix minutes, le soir, la voix et la toux deviennent plus claires, et l'enfant s'endort d'un profond sommeil ; il y a diminution dans le nombre des mouvements respiratoires et surtout dans l'intensité du bruit laryngé.

Après minuit, la respiration étant redevenue bruyante, il fut fait une nouvelle inhalation de quinze minutes, qui fut suivie d'une amélioration non moins évidente que la première fois.

Le lendemain, l'amendement des symptômes laryngés et bronchiques est constatée; mais l'haleine exhale déjà une odeur de gangrène non douteuse, et l'urine présente d'abondants flocons d'albumine; c'est le signe de l'intoxication de l'organisme ou de la diphthérie généralisée.

En résumé, dit l'observateur, amélioration de l'état local et aggravation manifeste de l'état général.

Le matin du douzième jour l'enfant mourut avec des symptômes d'asphyxie, mais très-légers, dit l'auteur, si on les compare aux symptômes de l'empoisonnement général de la diphthérie.

Cette observation ne donne pas l'autopsie.

J'arrive, monsieur le rédacteur, à la troisième observation, qui porte sur un enfant de trois ans, admis le 14 août dans le service de M. Barthez.

Au fond de la gorge on distingue quelques fausses membranes jaunâtres et peu adhérentes à la muqueuse; la plus étendue recouvre, mais non dans sa totalité, l'amygdale droite. Il existe évidemment un obstacle au passage de l'air dans le larynx, la respiration est sifflante et plus fréquente; la toux est sèche, rauque, et la voix est un peu éteinte; à l'auscultation, on entend partout des râles sibilants et ronflants qui masquent le murmure vésiculaire.

15 août. Vomitif à l'ipéca et inhalations de solution au 20e de tannin pulvérisée. (Quinze séances de dix minutes dans le cours de la journée avec l'appareil de M. Sales-Girons).

16 août. L'état général est bon, mais l'état local n'est pas amélioré. On fait vingt séances de respiration dans la journée. La nuit est calme.

17 août. Peu de changement d'hier à aujourd'hui; cependant les fausses membranes semblent disparaître sur les amygdales, elles sont remplacées ou cachées par des mucosités épaisses. Vingt inhalations de dix minutes dans le cours de la journée.

18 août. Amélioration progressive et rapide des symptômes locaux, à partir de ce jour. Des fausses membranes désagrégées il ne reste plus que quelques points isolés qui disparaissent le 20 août, après cinq jours de traitement.

La respiration devient de plus en plus facile, la toux plus grasse, les râles sonores se localisent par places et finissent par disparaître, après avoir pris un caractère franchement muqueux.

Après avoir fait seulement huit inhalations de dix minutes le 20 août, l'enfant est mis au sirop de quinquina pour tout traitement.

Il a quitté l'hôpital le 24 août parfaitement guéri.

Dans ce cas de guérison par les inhalations, l'auteur fait remarquer que l'affection diphthéritique s'est maintenue à l'état local; jamais, en effet, aucun des signes de l'infection générale ne s'est manifesté.

Qu'on n'oublie pas, ajoute-t-il, le peu d'effet des vomitifs, la disparition tardive et graduelle des fausses membranes, et peut-être inclinera-t-on à penser que les inhalations pulvérisées du liquide tannique n'ont pas été seulement inoffensives, mais qu'elles ont évité une opération de trachéotomie.

Depuis ces trois observations, la clinique de M. Barthez en a fourni une quatrième, que nous trouvons mentionnée dans le Montpellier médical, par M. le docteur Castan, qui en a suivi le traitement et annoncé l'heureuse issue.

Si M. Barthez me fait l'honneur de me l'adresser comme les autres, j'en offrirai la primeur au *Bulletin de Thérapeutique*.

Maintenant, monsieur le rédacteur, que ces expériences plus qu'officielles sont venues justifier, bien à mon insu, les espérances que j'ai fondées sur la pulvérisation des liquides médicamenteux, eu égard aux affections pseudo-membraneuses, au moins pour ce qui a rapport à la lésion locale, permettez-moi de vous demander si la méthode de ces inhalations ne pourrait pas s'étendre au traitement préventif et curatif de l'infection générale, de l'intoxication diphthéritique, comme l'appelle M. Trousseau.

Après l'exposé de ces observations, en effet, ne serait-on pas fondé à se demander, au moins pour la moitié des cas de diphthérie, à quoi sert de vaincre la lésion, si l'on reste impuissant vis-à-vis de l'infection ? Les deux premiers enfants ne meurent-ils pas de celle-ci lorsqu'ils sont guéris de celle-là ? Et les deux derniers enfants n'ont-ils pas été guéris parce que le mal local ne s'était pas traduit en maladie générale ? De sorte que bien que la cure des fausses membranes de la gorge soit un fait important, tous nos soins devraient tendre à la prophylaxie ou à la cure de la généralisation diphthéritique.

Or, quels sont les moyens de défense ou d'attaque que nous fournit aujourd'hui la science contre une infection septique ou virulente ? Dans l'espèce qui nous occupe, nous savons que l'infection a son point de départ aux premiers organes de la respiration, dans la végétation pseudo-membraneuse, et nous sommes autorisés à penser que c'est par les voies respiratoires qu'elle s'introduit et gagne l'organisme.

En faut-il plus, pour traiter une maladie et pour lui instituer un traitement rationnel, que de savoir sa nature, son origine et sa voie d'infection ? Toutes les maladies ne nous offrent donc pas, il s'en faut, les données de l'intoxication générale de la diphthérie.

Loin de moi la pensée de supprimer aucun des articles de la thé-

rapeutique ordinaire : je les respecte tous et crois que nous ne saurions jamais en avoir de trop. Mais rien ne m'empêche non plus de croire que la méthode respiratoire, ou l'inhalation des liquides médicamenteux poudroyés, fournit le moyen de traitement le plus apte à remplir ici les indications étiologiques.

La maladie pénètre l'économie par la respiration ; prévenons-la ou attaquons-la par la même voie. La maladie est d'essence virulente ou septique ; employons contre elle les solutions les mieux recommandées à cet effet : le quinquina, l'iode, le chlore, le goudron, le coaltar, les toniques, les désinfectants, les antiseptiques, etc.; tous les antidotes, enfin, sont faciles à administrer aujourd'hui par l'inhalation pulmonaire ; il suffit de les préparer, en solutions liquides et de les poudroyer.

Qu'on les administre sans préjudice par l'estomac, comme on l'a fait jusqu'ici ; mais qu'on les administre aussi par les bronches, lesquelles, outre les motifs de préférence que nous venons de noter pour l'infection diphthéritique, offrent encore des conditions physiologiques dont on serait coupable de ne pas tenir compte. Les bronches, en effet, présentent une muqueuse cent fois plus vaste en surface que celle de l'estomac et des intestins réunis ; leur aptitude d'absorption et leur sensibilité aux médicaments est bien supérieure ; enfin, les bronches, placées au foyer de l'hématose, prennent un médicament et le passent immédiatement dans le torrent de la circulation artérielle, ce que ne font pas les organes digestifs, qui ont pour intermédiaire la circulation veineuse. Quel moyen de généralisation organique peut-on comparer à la muqueuse bronchique, lorsqu'il s'agit de l'administratiou d'un médicament ?

Voilà, monsieur le rédacteur, ce que la pulvérisation des liquides est venue apporter, pour sa part, à la thérapeutique des affections diphthéritiques, et ses prétentions comme méthode me semblent fondées sur des raisons scientifiques, que je puis exagérer comme auteur, mais qui auront toujours une réalité suffisante pour justifier sa mise en pratique par le médecin qui aime à se rendre compte de ce qu'il fait.

J'aurais encore voulu vous parler d'une autre application de la méthode ; mais, ma lettre dépassant peut-être les limites permises, je ne puis que vous signaler ici l'épreuve que M. le docteur Ancelon vient de faire de la pulvérisation d'une solution de quinquina dans le traitement d'un cas rebelle de fièvre intermittente. Les accès périodiques ont été guéris dès le troisième jour, après cinq ou six

séances d'inhalation. L'estomac du sujet ne supportait plus le sulfate de quinine.

C'est le même raisonnement que ci-dessus qui a guidé notre confrère de Dieuze. Le miasme paludéen gagnant l'organisme par les voies respiratoires principalement, c'est par ces mêmes voies qu'il a jugé bon d'administrer le remède. Le succès a vérifié son induction.

Cet exemple, malgré la distance de l'analogie, me semblerait venir à l'appui des raisons que j'ai fait valoir pour prévenir et traiter l'intoxication diphthéritique par la même méthode ; car il y en a qui appellent les fièvres intermittentes des pays marécageux une intoxication paludéenne.

Toutes les maladies miasmatiques ayant leur principale voie d'introduction dans l'organisme par les organes respiratoires, le praticien sera autorisé à en tenter la cure par ces mêmes organes, surtout lorsque l'expérience lui aura démontré l'inutilité, l'incertitude ou l'impossibilité des voies ordinaires.

Voilà, si je ne me trompe, monsieur le rédacteur, l'objet de la pulvérisation des liquides : elle vient rendre possible et facile la voie bronchique que la thérapeutique a cherché de tout temps à utiliser, et qui n'avait pu l'être que pour les médicaments à l'état gazeux, la plus infidèle de toutes les formes pour un médicament ; elle est désormais accessible à la forme liquide, et tous les médicaments peuvent être ramenés à cette forme pour être pulvérisés et respirés.

D[r] Sales-Girons.

Des conditions propres à assurer les bons effets du tartre stibié dans les phthisies pulmonaires à forme fébrile.

Le dernier numéro du *Bulletin de Thérapeutique* contient, sous la rubrique Correspondance médicale, une observation ayant pour objet de démontrer que le tartre stibié ne saurait être donné sans danger à *tous* les phthisiques. C'est tout simplement un réquisitoire contre les conclusions du travail que j'ai publié dans les numéros des 15 et 30 juillet de cette année, au sujet de l'emploi du tartre stibié à doses rasoriennes longtemps prolongées dans le traitement de la phthisie pulmonaire à forme fébrile. Mais comme cette observation repose sur un fait qui n'a rien de probant en lui-même, qui ne rentre nullement dans les conditions que j'ai énumérées avec soin, comme indiquant l'opportunité de ce traitement, je ne saurais me dispenser de l'analyser et de montrer toute l'inanité

des appréhensions que son titre serait disposé à faire naître. Donner l'éveil sur la possibilité d'un danger est, en matière d'expérimentation thérapeutique, non-seulement un droit, mais un devoir; encore faut-il toutefois que le péril existe ou qu'on puisse alléguer des motifs sérieux pour y faire croire; ni l'une ni l'autre de ces deux raisons ne justifiait à mon avis la publication de ce fait, qui aurait pu rester dans le souvenir du médecin qui l'avait recueilli à titre de document pour des essais ultérieurs, mais auquel l'esprit le moins prévenu ne saurait accorder une valeur démonstrative quelconque. L'intolérance signalée est certainement, si j'en juge par les doses minimes d'émétique qui ont été données, un de ces cas d'intolérance antimoniale, comme on en observe dans des maladies tout autres que la phthisie; enfin, notre honorable correspondant me paraît avoir lu trop hâtivement mon travail pour s'en être bien pénétré, ce qui le porte de bonne foi à m'attribuer des opinions que je n'ai jamais eues et à se donner la facile satisfaction de combattre des exagérations que je ne trouve pas dans mon esprit, et qu'il ne trouvera certainement pas dans mon travail, si ses loisirs lui permettent de consacrer quelques minutes à le relire. Comme il s'agit ici d'une médication nouvelle, qui gagne rapidement du terrain autour de moi, grâce à l'évidence saisissante de ses résultats, mais qui n'est pas encore entrée dans le domaine général de la pratique, je tiens à la défendre du discrédit qu'une seule observation dépréciatrice tendrait, sans raison, à faire peser sur elle, et à rassurer les médecins qui voudront l'expérimenter, mais qui, pour cela, se placeront exactement dans les conditions que j'ai spécifiées et sur lesquelles je reviendrai encore tout à l'heure.

Il me sera, je le crois du moins, très-facile de démontrer :

1° Que le cas dont il s'agit était on ne peut plus mal choisi pour l'application de cette méthode de traitement.

2° Que si on peut rapporter les accidents qui se sont produits à la seule administration du tartre stibié, il faut incriminer le médicament lui-même, et non pas son application au traitement de la phthisie, et que de cette intolérance idiosyncrasique que rien n'annonce à la proscription absolue de l'émétique, même comme vomitif, la conclusion est forcée.

3° Enfin, que l'administration d'un médicament aussi éminemment perturbateur que celui-ci demande à être entourée de précautions minutieuses et d'une surveillance assidue, sans lesquelles il n'y a aucune garantie de tolérance, et par conséquent de réussite.

Une analyse rapide de cette observation, recueillie d'ailleurs avec beaucoup de soin et de talent, infirmera aisément la légitimité des conclusions qui en ont été tirées.

Il s'agit bien évidemment ici d'une phthisie et d'une phthisie de la pire espèce, comme le démontrent les antécédents héréditaires et personnels du malade, mais d'une phthisie dont la marche régulière a été singulièrement troublée par deux pneumonies consécutives, l'une en avant, l'autre à la partie postérieure; des sangsues et un vomitif avaient fait justice de la première; la seconde avait pris toutes les allures d'une pneumonie chronique, et, avec les signes stéthoscopiques caractéristiques d'une hépatisation étendue, coexistaient sur la clavicule du même côté de l'expiration prolongée et de la rudesse de la respiration, indices d'une infiltration tuberculeuse à l'état de crudité. L'état général dominé par cette double lésion n'était, bien entendu, rien moins que rassurant, et l'auteur en trace un tableau fort expressif, qui ressemble singulièrement à celui d'une imminence d'agonie. Qu'on en juge plutôt : « Décubitus dorsal; face pâle, amaigrie, exprimant le découragement et la souffrance, yeux ternes, languissants, parole entrecoupée, voix presque éteinte, etc. » Nous n'avons pas le droit de demander à notre confrère par quelle association d'idées médicales il a été conduit à opposer à cet état si grave un traitement dans lequel figurent à la fois les sangsues, l'eau de Vichy, la gelée de lichen, le sulfate de morphine et l'extrait de digitale, des cataplasmes émollients sur l'épigastre et la diète lactée. Il a fait évidemment pour le mieux, et telle polypharmacie qui paraît un peu confuse nous est souvent imposée par plusieurs indications qui surgissent en même temps et auxquelles on s'empresse de déférer. Une question seulement s'est présentée à notre esprit. Pourquoi l'émétique à doses rasoriennes n'a-t-il pas été employé à cette époque? Sans doute parce que la gravité de l'état général inspirait quelques craintes de voir l'intolérance se produire. Etait-il plus légitime d'y recourir ultérieurement, lorsque le pouls du malade battait à 120, et que la persistance prolongée du souffle tubaire indiquait une lésion très-profonde et très-grave du poumon? Nous n'en croyons rien. L'opportunité de la potion stibiée nous paraît avoir existé au début; nous l'aurions cessée pour notre compte au moment où elle a été prescrite. Pour tout observateur impartial qui relira avec soin cette observation, il s'agissait ici d'une pneumonie, d'origine tuberculeuse peut-être, mais d'une pneumonie passée à l'état chronique, et toutes les indications curatives étaient commandées par cet élément; les tubercules crus n'étaient qu'une

complication dont il fallait tenir compte pour le pronostic, mais qui ne devait en rien déterminer le traitement actuel.

Le pouls, qui battait 88 fois lorsque le traitement dont nous avons résumé plus haut les détails fut institué, était arrivé à 120, indice assurément peu contestable d'une aggravation dans l'état du malade. L'insuccès de l'extrait de digitale et de l'*opium*, comme *hyposthénisants*, porta notre honoré confrère à recourir au traitement que nous avons formulé. Assurément, le cas et le moment n'étaient guère favorables, et, nous le déclarons positivement et loyalement, nous nous fussions abstenu si nous avions été appelé à émettre un avis. Qu'advient-il alors? Une potion, contenant 20 centigrammes d'émétique, est prescrite. Il n'est pas douteux que, soit intolérance idiosyncrasique, soit administration irrégulière (le soin en avait été confié à la famille), ce médicament a été mal supporté, a amené des vomissements, de la superpurgation et de la dépression circulatoire. Je ne sais combien de cuillerées ont été administrées; mais, à en juger par l'heure où la potion a été suspendue, il serait difficile d'évaluer à plus de 10 centigrammes environ la quantité totale de tartre stibié donnée au malade. Le délire, la chaleur à l'épigastre, les soubresauts des tendons, le défaut de lucidité des idées pendant plusieurs jours, sont-ils imputables à l'émétique? Je ne sais; mais je ne trouve, ni dans les livres, ni dans mes souvenirs, d'intolérance antimoniale se présentant avec cette physionomie. Il me serait également difficile d'affirmer que, si l'administration du médicament avait été surveillée par le médecin lui-même, la tolérance eût été mieux obtenue, mais la potion du moins eût été supprimée en temps opportun, ce qui aurait été une garantie d'innocuité.

Je n'ai jamais donné le conseil de prescrire aux phthisiques une potion émétisée et de ne les revoir que le lendemain. Quoique le maniement de ce moyen me soit devenu très-familier, je ne laisse guère mes malades pendant les premières heures, et c'est le doigt sur le pouls, interrogeant à la fois la physionomie, l'état des forces, la nature et le nombre des évacuations, que je presse ou que je ralentis les doses. Le maintien de la tête dans une position déclive, pour combattre l'état syncopal, l'immobilité, l'administration de la glace, sont autant de précautions dont je m'entoure, et c'est ainsi que j'arrive souvent à une tolérance d'emblée, que les troubles digestifs, s'ils surviennent, sont peu durables, et que je ne rencontre qu'exceptionnellement une intolérance invincible. Au reste, il ne paraît pas que ces accidents aient causé grand dommage au malade,

car le lendemain le pouls avait baissé de 20 pulsations et un mieux assez sensible s'était produit. L'attribuer à une dose de 5 centigrammes de codéine et de 50 centigrammes de musc, c'est peut-être garder un peu trop rancune à l'émétique.

Notre honoré confrère s'est décidé à essayer d'un traitement dont il n'avait pas l'expérience personnelle et qu'il jugeait *irrationnel*. Pourquoi l'a-t-il essayé ? Les médicaments n'ont pas besoin, pour agir, qu'on ait confiance en eux ; mais employer un moyen qui répugne au bon sens, c'est se placer à un point de vue expérimental qui ne laisse pas toute liberté d'esprit pour bien juger. Nous passerions encore volontiers sur ce mot ; mais celui d'*empirisme* a été prononcé. Dites *dogmatisme*, je le veux bien , et toute la question sera de décider s'il est bon ou mauvais, fondé sur une erreur ou sur une saine appréciation ; mais accuser d'empirisme une méthode de traitement qui part d'une idée très-concrète de physiologie pathologique pour arriver à un médicament, c'est en vérité singulièrement obscurcir le sens des mots.

Y a-t-il eu, dans le cas précité, une de ces intolérances idiosyncrasiques, comme on en a cité des exemples pour l'émétique, comme le même numéro du *Bulletin* (par une coïncidence instructive) en relate qui sont empruntés à M. Beau, à M. Riembault, et cela ne me semble en rien impossible, tant je suis peu habitué à voir des doses beaucoup plus élevées de tartre stibié amener le moindre accident ? Si on a vu des malades jetés dans l'état le plus alarmant par 10 centigrammes, quelquefois moins, d'émétique, et si on continue néanmoins à faire un usage quotidien de ce vomitif, si sûr et si commode à la fois, je me crois parfaitement autorisé à ne pas me laisser arrêter par des inquiétudes d'idiosyncrasie qui, applicables à presque tous les médicaments énergiques, ne tendraient à rien moins qu'à remplacer la thérapeutique par l'expectation. J'ai une confiance absolue, d'ailleurs, dans l'innocuité d'un traitement que j'expérimente tous les jours, et qui me donne tous les jours de nouvelles preuves de son utilité ; mais je m'entoure de toutes les précautions qu'exige la prudence, et quand mon expérience en cette matière se sera étendue davantage, je ne m'en croirai pas plus autorisé pour cela à me départir d'une surveillance qui est à la fois un devoir et une sécurité. Au reste, je ne suis pas le seul à me servir, dans le le traitement de la phthisie fébrile, de ce *venin émétique*, comme l'appelait le stibiophobe Guy-Patin.

Des observations de succès se recueillent peu à peu avec toute la lenteur, toute la sincérité, toute l'indépendance d'esprit que com-

mande un sujet aussi grave, et je ne doute pas qu'elles ne portent une pleine conviction dans l'esprit de notre distingué confrère de Pauillac. J'espère même, avant peu, pouvoir vous envoyer à ce sujet un second mémoire, qui contiendra surtout des chiffres au lieu de propositions, et qui démontrera combien cette médication stibiée, prolongée pendant dix mois entiers, est dénuée de toute espèce de péril. Un mot encore : le titre de l'observation que vous avez publiée tendrait à faire supposer que j'ai recommandé l'émétique à *tous* les phthisiques, sans acception de sources, de degrés, etc. Il n'en est rien, et je me suis attaché au contraire à spécifier les cas dans lesquels il faut, sous peine de compromettre le malade et le médicament, abandonner le premier aux ressources de la thérapeutique usuelle.

Je me reprocherais, mon cher confrère, de vous avoir demandé autant de place s'il s'agissait d'un intérêt personnel à défendre ; mais j'ai aujourd'hui la douce et entière certitude d'avoir réalisé un progrès dans la thérapeutique de la phthisie. Une expérimentation contradictoire, mais restreinte, a confirmé déjà les résultats que je croyais avoir obtenus ; je désire ardemment que ce contrôle s'étende davantage, et s'il infirme la valeur de cette ressource thérapeutique, je serai le premier à reconnaître que je me suis bercé à tort de l'illusion d'avoir trouvé quelque chose d'utile ; mais je ne vois, dans l'observation que je viens d'analyser, rien qui puisse ébranler ma foi ou inquiéter mes espérances.

Agréez, etc. — Dr Fonssagrives.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur l'application de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies de l'œil, par M. E. Follin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, recueillies et publiées par le docteur Doumic.

Du diagnostic des maladies des yeux à l'aide de l'ophthalmoscope et de leur traitement, par M. le docteur Guérineau, chirurgien à l'hôpital général de Poitiers.

Deux livres publiés tous les deux dans la bonne pensée de populariser l'emploi de l'ophthalmoscope, de cet instrument merveilleux qui a fait tomber le voile impénétrable derrière lequel se cachaient les altérations des milieux et du fond de l'œil, de cet instrument qui a ouvert à l'ophthalmologie un horizon sans limites, de cet instrument, enfin, qui a fait sortir l'étude des maladies des yeux de cette voie de scolastique et d'humorisme qui en faisait le désespoir et

l'opprobre de la pathologie. On ne saurait trop le redire, parce que c'est la vérité, l'ophthalmoscope a fait une révolution dans l'ophthalmologie. Sans doute tout est à refaire, à reprendre en sous-œuvre dans cette branche de la science ; mais aussi, par ce que les recherches des premiers investigateurs ont déjà fourni de renseignements nouveaux, inattendus, on peut juger ce que l'ophthalmologie sera dans quelques années, lorsque les travaux de tant d'hommes distingués se seront ajoutés les uns aux autres pour défricher ce champ inexploré, pour exploiter ce filon dont on osait à peine soupçonner l'existence.

Les deux livres que nous avons sous les yeux ne renferment pas, à proprement parler, des choses nouvelles, puisque tous les deux ont surtout pour but de répandre l'emploi de l'ophthalmoscope en justifiant cet emploi par les découvertes qu'il a déjà servi à faire ; mais si ces choses ne sont pas nouvelles pour les hommes au courant de toutes les conquêtes de la science et surtout pour ceux qui se livrent plus particulièrement au traitement des maladies des yeux, elles sont certainement nouvelles pour l'immense majorité des médecins; et c'est ce qui fait de ces deux volumes deux livres indispensables à tous ceux qui ont charge de malades. Ils y apprendront, dans l'ouvrage de M. Guérineau surtout, où en est l'ophthalmologie contrôlée par l'ophthalmoscope ; ils y apprendront encore et le choix à faire entre les divers instruments qui se disputent la faveur publique, et le maniement de ces divers instruments, et les précautions dont leur emploi doit être entouré, et l'ordre à suivre dans l'étude des diverses parties constituantes de l'œil, etc. ; mais ce qu'ils y puiseront surtout, c'est une conviction profonde relativement à l'utilité, à l'indispensabilité même, qu'on nous passe ce mot barbare, de l'examen ophthalmoscopique dans les maladies des yeux. Sans doute, on n'est pas expert dès le premier jour dans de pareilles études; sans doute, il faut y consacrer du temps, y mettre de la patience et de l'attention ; mais quel est celui d'entre nous qui regrette le temps qu'il a consacré à l'étude de l'auscultation et de la percussion ? Or, l'ophthalmoscopie, c'est quelque chose qui approche beaucoup de ces deux précieux modes d'investigation, et, de même que nous avons payé un juste tribut d'encouragement aux médecins modestes qui se sont voués à populariser l'auscultation et la percussion, nous devons tous nos remercîments à nos deux confrères qui n'ont pas trouvé au-dessous d'eux de consacrer un peu de leur temps à répandre des connaissances utiles, quoiqu'elles n'émanent pas d'eux. Rendons-leur d'ailleurs cette justice que leurs ouvrages

portent le cachet de l'observation et d'une très-grande bonne foi. Malgré leur forme concise, les leçons de M. Follin seraient certainement suffisantes pour initier les médecins et les élèves à l'étude de l'ophthalmoscopie ; mais que les uns et les autres y ajoutent la lecture du livre de M. Guérineau, ils y gagneront quelques détails et quelques conseils de plus qui ne leur seront pas sans utilité. Nous n'avons plus rien à envier maintenant à la littérature médicale étrangère, et les deux ouvrages dont nous venons de parler comblent une lacune regrettable à tous égards.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux observations pour servir a la détermination de la valeur relative des injections d'atropine et de la cautérisation avec l'acide sulfurique, dans le traitement de la névralgie sciatique. — Nous avons été des premiers à reconnaître toute la portée des tentatives nouvelles faites par M. Béhier pour vulgariser la méthode des injections médicamenteuses de Wood dans le traitement des névralgies. Quelque brillants que fussent les résultats obtenus par cette méthode, il nous paraissait qu'il devait se trouver des cas dans lesquels elle resterait sans succès, et il nous a toujours semblé que c'était seulement une nouvelle ressource ajoutée à notre arsenal thérapeutique et non une méthode générale constamment certaine et efficace dans ses résultats. Nous avons entendu communiquer dans ces derniers temps à la Société médicale des hôpitaux, par M. Legroux, deux faits que nous croyons devoir reproduire, non pas seulement parce qu'ils fournissent la preuve d'un insuccès possible de la méthode de Wood, mais aussi parce qu'ils auront pour résultat d'appeler de nouveau l'attention sur une méthode thérapeutique que M. Legroux a eu le mérite de populariser dans ce journal : nous voulons parler de la méthode des cautérisations avec l'acide sulfurique.

Obs. I. A. N***, terrassier, âgé de trente-six ans, d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, a été pris, au mois de juillet 1859, de violentes douleurs dans la fesse et dans la cuisse droites, qui l'obligèrent à cesser tout travail et à entrer à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Grisolle. Il y fut, dit-il, soumis d'abord sans résultat à des injections hypodermiques de sulfate d'atropine et en dernier lieu à l'application répétée de vésicatoires volants qui, sans dissiper complétement la névralgie, le soulagèrent assez

pour lui permettre de quitter l'hôpital vers la fin du mois d'août.

Cette guérison incomplète, car le malade dit avoir toujours continué à souffrir un peu, lui permit cependant de vaquer à ses occupations jusqu'au commencement du mois de janvier dernier, et c'est le 14 de ce mois que, voyant son mal s'aggraver, il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, service de M. Legroux.

A cette époque la douleur qu'il éprouve sur le trajet du nerf sciatique est telle qu'il ne peut marcher ni même poser le pied droit sur le sol; cette douleur existe dans toute la partie postérieure de la cuisse, mais elle est surtout très-vive à la région fessière, entre le grand trochanter et l'ischion et à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la cuisse. Les muscles fessiers du côté malade sont notablement atrophiés.

Le 15 janvier, M. Legroux fait au niveau du pli de la fesse une injection de 10 gouttes d'une solution au 100e de sulfate d'atropine; elle est suivie de tous les phénomènes de l'intoxication atropique : dilatation des pupilles, sécheresse de la gorge, délire bruyant, etc.; mais la douleur persiste sans amendement notable.

Les jours suivants, 16 et 17, deux nouvelles injections sont pratiquées, la première au point ci-dessus indiqué, la deuxième un peu au-dessus du creux poplité (points douloureux spécialement indiqués par le malade). Mêmes phénomènes d'intoxication et même inefficacité.

Le 18, le malade accuse des douleurs très-vives sur le trajet du nerf crural, du ténesme vésical et un chatouillement prononcé dans la verge, phénomènes qui se dissipent d'eux-mêmes dans le courant de la journée.

Du 18 au 24, le malade prend plusieurs bains sulfureux, qui demeurent également sans succès; la douleur sciatique persiste.

Le 24 au matin, M. Legroux se décide à soumettre ce malade à la cautérisation sulfurique. Un pinceau imbibé d'acide sulfurique est promené rapidement depuis la fesse jusqu'au creux poplité et la traînée liquide immédiatement abstergée avec de la ouate. Dix minutes après cette cautérisation, les points touchés par le caustique offrent une coloration blanchâtre, avec aspect parcheminé de l'épiderme, qui est sec et nullement soulevé par la sérosité; l'escarrification de la couche épidermique est complète et la cautérisation semble n'avoir atteint que cette couche; tout autour des points cautérisés se voit une auréole de rougeur diffuse.

Cette opération est suivie, pendant environ deux heures, de douleurs assez vives, pourtant très-supportables, auxquelles succède une démangeaison très-prononcée; et dans la journée le malade se sent tellement soulagé qu'il quitte son lit et va seul aux lieux d'aisances, sans presque éprouver de douleur.

Le lendemain, 25 janvier, la raie faite par le caustique a perdu presque complétement son auréole de rougeur diffuse et ne conserve sur ses bords qu'un petit liséré d'un rouge terne; les douleurs de la cuisse n'ont pas reparu, mais le malade se plaint d'une légère douleur au mollet. (Application en ce point d'une traînée très-superficielle de caustique.) Une heure après, la douleur de la

cautérisation avait cessé, emportant avec elle le point douloureux du mollet.

Le 30, une douleur assez vive reparaît au bas de la fesse et le malade demande lui-même une nouvelle cautérisation, qui a le même succès que les précédentes.

Quelques jours après, le 8 février, le malade quitte l'hôpital pour aller passer sa convalescence à l'asile de Vincennes. A cette époque les surfaces cautérisées offrent une teinte rouge foncé, brun jaunâtre; l'épiderme qui les recouvre est sec et parcheminé, fendillé, et déjà détaché sur les points cautérisés.

Enfin le 24 février, un mois après le début des cautérisations, au moment où M. Legroux présentait ce malade à la Société médicale des hôpitaux, il était complétement débarrassé de la névralgie qui l'avait rendu impotent pendant plusieurs mois. Les croûtes épidermiques étaient complétement détachées, laissant aux points qu'elles occupaient une teinte rouge foncé qui, au dire du malade, s'était déjà affaiblie sur les points desquamés depuis quelques jours.

Obs. II. A. M***, imprimeur, âgé de trente-cinq ans, d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, a été pris, il y a six mois, sans cause appréciable, de douleurs dans la fesse gauche, s'irradiant dans toute la cuisse du même côté. Ces douleurs, peu intenses d'abord et consistant, au dire du malade, en fourmillements et frissons sous-cutanés, augmentèrent peu à peu d'intensité, au point de l'obliger à suspendre son travail. Des frictions irritantes (baume Opodeldoch) et plusieurs applications de vésicatoires volants n'ayant amené aucune amélioration dans son état, M***, dans l'impossibilité où il était de reprendre son travail et à bout de ressources, se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu le 9 décembre dernier, salle Saint-Louis, service de M. Legroux.

A cette époque, les douleurs névralgiques occupent tout le membre droit : elles sont continues, mais avec élancements et exacerbations très-douloureuses. La douleur est surtout violente à la région fessière, au niveau de la tête du péroné et près de la malléole externe; la pression sur ces points augmente sensiblement cette douleur et détermine des élancements dont se plaint beaucoup le malade. Le membre droit est demi-fléchi; la moindre tentative pour étendre la jambe sur la cuisse ou celle-ci sur le bassin occasionne les plus vives souffrances; les muscles ne sont du reste que peu ou pas atrophiés. Depuis quelques jours le malade, obligé de garder le lit, est presque complétement privé de sommeil.

Le 9, M. Legroux pratique, entre le grand trochanter et l'ischion, une injection de 10 gouttes d'une solution au 100° de sulfate d'atropine, suivie de phénomènes d'intoxication très-marqués, surtout du côté de la gorge, où le malade se plaint d'un sentiment de sécheresse excessivement incommode, et cela malgré l'administration, le soir, d'une pilule d'extrait d'opium de 5 centigrammes pour calmer l'insomnie dont se plaignait si fort le malade.

Les 10 et 11, deux nouvelles injections de 10 gouttes chacune sont faites, l'une au niveau de la tête du péroné, l'autre près de la malléole externe (points douloureux désignés par le malade). Mêmes

signes manifestes d'intoxication et peu ou point d'amélioration de la sciatique.

Du 12 au 20 décembre, quatre nouvelles injections de 12 gouttes chacune sont faites sans plus de résultats, et le malade, excessivement incommodé de cette sécheresse de la gorge, se refuse à ce qu'on lui en fasse un plus grand nombre.

M. Legroux se décide alors à essayer des vésicatoires volants répétés, et pendant tout un mois, du 22 décembre au 24 janvier, le membre malade fut littéralement couvert de vésicatoires volants qui n'amenèrent qu'un mieux passager et souvent douteux; l'opium seul parvenait à calmer l'insomnie.

C'est alors que témoin de la cautérisation sulfurique chez le malade de la précédente observation, M*** demande à subir la même opération, qui lui fut pratiquée le 30 janvier, à huit heures et demie du matin : un pinceau imbibé d'acide sulfurique est promené rapidement de la fesse au creux du jarret, sur tout le trajet du nerf sciatique; douleur vive analogue à celle produite par un fer chaud. A neuf heures, c'est-à-dire trois quarts d'heure après l'opération, cette douleur a beaucoup diminué; à cette heure les surfaces cautérisées présentent cet aspect parcheminé, blanchâtre, dû à l'escarrification de l'épiderme; au creux du jarret, dans l'espace de deux travers de doigt environ, l'action du caustique paraît avoir été plus profonde; la douleur est surtout vive en ce point. Deux heures après, elle avait entièrement disparu pour faire place à une démangeaison de peu de durée, puis à un soulagement tel de la douleur névralgique que la nuit qui suivit fut calme et que le malade put dormir.

Le lendemain 31, la douleur de la cuisse a entièrement disparu; mais le malade souffre encore dans la jambe, ce qui ne l'empêche pas cependant de monter lui-même et d'étendre son membre malade, sans autre douleur que celle produite par la tension que subit la cautérisation un peu trop profonde du creux poplité. Nouvelle cautérisation sur la face externe de la jambe, en arrière et parallèlement au péroné, suivie de douleurs vives, qui disparaissent après une heure et demie de durée, emportant avec elles la douleur névralgique.

Le lendemain le malade peut se lever, rester debout et marcher même avec assez de facilité, sans être soutenu et en s'appuyant sur la plante du pied, mais non sans boiter toutefois. La jambe est en effet légèrement fléchie sur la cuisse, et le malade sent fort bien que c'est la cautérisation du creux du jarret qui l'empêche seule de l'étendre.

Les jours suivants quelques douleurs reparaissent dans la fesse, le mollet, derrière la malléole externe; attaquées par des cautérisations partielles, elles disparaissent complétement.

Le 10 février, l'épiderme fendillé commence à se détacher, et, sous cette croûte épidermique, la peau présente une coloration brun jaunâtre. Au creux du jarret les croûtes sont noirâtres, assez épaisses et soulevées par un peu de pus. Pansement au diachylon sur ce point. Les douleurs névralgiques n'ont point reparu, et la cautéri-

sation du creux du jarret, dont les croûtes se déchirent transversalement dans les mouvements d'extension, empêche seule le malade de marcher à son aise.

Enfin le 25, M*** quitte l'hôpital, ne conservant de sa névralgie qu'une coloration brunâtre de la peau, sans cicatrice dans les points cautérisés, à part toutefois le creux du jarret, où la cautérisation a laissé une cicatrice rougeâtre un peu saillante.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Champignons (*Empoisonnement par les*). *Instruction du Conseil de santé des armées*. A l'occasion de l'événement déplorable arrivé il y a un an environ en Corse, où, sur cinq officiers, qui avaient mangé des champignons recueillis par l'un d'eux, quatre succombèrent, le Conseil de santé des armées a cru devoir rédiger une instruction relative aux champignons comestibles et vénéneux, à leurs caractères distinctifs, aux symptômes de l'empoisonnement et aux moyens de traitement qu'il convient de lui opposer. Nous extrayons de cette instruction la partie relative au traitement.

La première indication à remplir, quel que soit le moment où l'on est appelé, dit l'instruction, consiste à favoriser l'évacuation des champignons, à l'aide de l'émétique et d'un purgatif administrés en même temps. A cet effet, on dissout dans un demi-litre d'eau chaude 25 centigrammes d'émétique et 20 grammes de sulfate de soude ou de magnésie, puis on administre par portions cette solution tiède, et en chatouillant le fond de la gorge avec le doigt ou la barbe d'une plume.

Lorsqu'on soupçonne qu'une partie de la substance toxique est arrivée dans les intestins, il faut, sans ralentir l'action des vomitifs, favoriser leur évacuation par le bas, en administrant des lavements purgatifs préparés avec le séné, le sulfate de soude et l'émétique.

L'expérience a démontré combien il importe de continuer longtemps l'emploi de ces moyens, et alors même qu'on pourrait croire les voies digestives entièrement débarrassées du poison.

Le tannin, dissous dans l'eau, et le lait sont recommandés à toutes les périodes de l'empoisonnement, concurremment avec les vomitifs, mais surtout après qu'on a cessé leur emploi. On peut remplacer le lait par des blancs d'œufs battus et mélangés à une boisson émolliente ou même à de l'eau.

Après l'expulsion complète du poison, il convient d'employer les médicaments mucilagineux, adoucissants, les potions éthérées, les fomentations émollientes, les bains, et en général tous les moyens propres à calmer la douleur et à combattre l'inflammation.

Les révulsifs extérieurs, comme les sinapismes, les frictions stimulantes sur les membres et le tronc, etc., sont des moyens qu'il ne faut pas négliger tant que la réaction n'est pas opérée, et qu'il faut continuer avec énergie. (*Journ. de pharm.*, novembre 1860.)

Chloroforme (*Deux nouveaux cas de mort par le*). Nous avons publié, dans le dernier cahier, un cas d'asphyxie par le chloroforme, dans lequel le professeur Langenbeck a pratiqué avec succès la trachéotomie. Voici un nouveau cas malheureux à inscrire sur le triste nécrologe du chloroforme. Ce n'est pas le seul qui se soit produit depuis les derniers faits de ce genre que nous avons fait connaître; la presse étrangère en enregistre de temps en temps; mais si nous ne les reproduisons pas tous, c'est que, soit insuffisance des détails, ou répétition des mêmes circonstances, ils ne sauraient servir d'enseignement. Tel n'est pas le cas que nous allons rapporter, et qui, par la précision avec laquelle il est raconté, autant que par le nom du chirurgien qui l'a observé, offre toutes les garanties désirables d'authenticité. — Voici ce fait, qui s'est passé entre les mains de M. le docteur Fano :

Le nommé L***, âgé de vingt-six ans, est atteint d'un ongle incarné du gros orteil droit. Il a déjà été opéré

une première fois. L'ongle est fortement enfoncé dans la partie externe du gros orteil, et la marche est tellement douloureuse que le malade désire instamment être opéré. L'opération est pratiquée le 15 octobre, avec l'assistance du médecin ordinaire du malade, M. Lombard. La douleur ayant été extrêmement vive, lors de la première opération, L*** réclama avec instance le chloroforme. Voici comment l'inhalation fut pratiquée; nous laissons parler M. Fano lui-même : « Le patient était couché sur un lit, dans la position horizontale, en face d'une fenêtre largement ouverte et donnant sur une cour spacieuse. Avec une feuille de papier à lettre, petit format, je fis un cornet dans lequel j'introduisis de la charpie, sur laquelle je versai quelques gouttes de chloroforme; je mis l'évasement du cornet en rapport avec les narines, en laissant la bouche parfaitement libre, et j'engageai le malade à respirer, pendant que M. Lombard, les doigts invariablement posés sur l'artère radiale au poignet, me rendait compte, d'instants en instants, de l'état du pouls. Les premières respirations s'exécutèrent comme dans l'état normal; mais la sensibilité n'était nullement diminuée; j'ajoutai quelques nouvelles gouttes de chloroforme; la respiration devint plus lente, et je dis au malade de respirer, ce qu'il exécuta. Bientôt, il commença à agiter les membres; il se leva sur son séant, et on fut obligé de le maintenir pour l'empêcher de se lever. Il prononça une série de paroles sans suite; à ce moment, on le pinça au bras, qu'à l'instant même il retira; à ce moment encore, M. Lombard, questionné sur l'état du pouls, répondit qu'il allait très-bien. Je retirai le cornet de papier et j'ajoutai quelques gouttes de chloroforme. Le malade respira parfaitement; l'agitation se calma bientôt, et il tomba dans la période de résolution. Je cessai alors l'inhalation, et je me rendis rapidement au pied du lit; je fendis avec des ciseaux l'ongle du gros orteil en deux, en introduisant l'instrument entre l'ongle et la pulpe du doigt; avec des pinces, j'arrachai successivement les deux moitiés de l'ongle, dont la racine était solidement implantée. Je finissais cet arrachement, lorsque nous entendîmes un gémissement; à l'instant, je me précipitai vers la tête du lit : le malade était pâle, sans respiration; je portai la main au poignet : pas de pouls; au cœur : pas de battement. Nous projetâmes, M. Lombard et moi, de l'eau froide sur la face, nous lavâmes le front avec de l'eau vinaigrée; le malade n'avait pas cessé d'être dans la position horizontale. Je pratiquai sur le thorax des mouvements de pression interrompus, pour suppléer les phénomènes mécaniques de la respiration; au bout de quelques instants, le malade exécuta quelques respirations sans que le pouls redevînt sensible au poignet, sans que le sentiment et l'intelligence revinssent. Bientôt, la respiration cessa de nouveau; j'ouvris largement la bouche du malade, et j'introduisis un doigt jusqu'au pharynx, en titillant la luette et en tirant en avant, en même temps, la base de la langue pour soulever l'épiglotte; puis, immédiatement, je pratiquai de nouvelles manœuvres de respiration artificielle. L'opéré exécuta quelques nouvelles inspirations; mais le pouls était toujours insensible et les battements du cœur lui-même ne pouvaient être perçus. Bientôt, la respiration fut de nouveau interrompue; j'ouvris de nouveau la bouche du patient et pratiquai la respiration artificielle, en mettant ma propre bouche contre la sienne. Il y eut encore une ou deux respirations, et tous les efforts furent dès lors impuissants à le faire revivre. Ce fut en vain que nous frictionnâmes les membres inférieurs avec les mains et avec des brosses, que nous titillâmes les narines. Rien ne fit, et L*** ne respira plus. L'autopsie a fait reconnaître l'existence d'adhérences anciennes entre les poumons et les parois thoraciques dans une grande étendue, et une apoplexie pulmonaire.

— Un autre fait, publié récemment dans le journal de médecine de Bordeaux, est bien plutôt un cas de syncope mortelle qu'un cas d'intoxication par le chloroforme, comme le fait remarquer avec raison M. le docteur Cazenave, qui le rapporte en ces termes : Un M. X*** se fait dans une chute de cheval une fracture comminutive de l'extrémité inférieure de la jambe, avec broiement de l'articulation tibio-tarsienne et déchirement de toutes les parties molles. L'amputation est jugée indispensable et d'urgence. On est convenu de la pratiquer immédiatement. Le blessé avait eu une syncope prolongée après l'accident; il était pâle, souffrant, démoralisé et réduit au plus haut point la douleur; il réclamait avec instance la chloroformisation. Vu ces conditions défavora-

bles, M. Cazenave fut d'avis de faire un simulacre de chloroformisation. Le plus jeune des chirurgiens assistants fut chargé d'y procéder, en tenant le chloroforme à une très grande distance du nez et de la bouche; il fut fait ainsi. Mais à peine M. X*** eut-il fait quatre inspirations saccadées de chloroforme que la respiration cessa, que le cœur et le pouls ne battirent plus. Surpris par la rapidité d'un tel accident, M. Cazenave et ses assistants s'empressèrent d'employer simultanément les insufflations bouche à bouche, les pressions alternatives sur les parois de la poitrine, les frictions stimulantes, l'élévation des membres inférieurs, le marteau de Mayor, l'urtication, etc. Tout fut inutile: la mort avait été instantanée.

Il y a lieu de penser avec M. Cazenave que dans ce cas, en effet, la mort a été le résultat d'une syncope à laquelle le chloroforme a été très-probablement étranger. Mais il ne montre que mieux le danger de l'emploi du chloroforme dans des conditions de ce genre. Il était donc utile de rapprocher ces deux faits malheureux, qui font d'autant mieux ressortir l'utilité d'une extrême circonspection dans l'emploi des anesthésiques, qu'ils montrent l'un et l'autre combien peu l'on doit compter sur les soins les mieux entendus et les plus intelligemment mis en œuvre.

Coliques nerveuses *promptement guéries par les frictions sèches.* M. le docteur Tisseire, médecin aide-major, a publié la note suivante dans la Gazette médicale de l'Algérie: « Tous les praticiens savent ce qu'on entend par accès de coliques nerveuses, combien il est difficile de les arrêter. J'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs exemples, et il m'a fallu toujours un certain temps pour m'en rendre maître, tant que j'ai eu recours à la médecine rationnelle (antispasmodiques, etc.). Depuis, j'ai employé à plusieurs reprises un moyen qui ne se recommande pas par la nouveauté, sans doute, mais que l'on a toujours sous la main, et qui, appliqué au moment de l'accès, l'a toujours *coupé* immédiatement. Il s'agit tout bonnement de frictions sèches, rapidement pratiquées sur l'abdomen.

« Entre autres observations, je relaterai brièvement la suivante: Pendant que je faisais le service au 2e bataillon d'Afrique, je fus appelé auprès d'un soldat qui se débattait, jetait de grands cris, se tordait sur sa couche et portait avec angoisse ses mains vers l'abdomen, qu'il désignait comme étant le siége de douleurs horribles. Quelques questions sommaires m'ayant révélé la nature du mal, j'ordonnai à deux camarades du patient de s'armer d'un tampon de flanelle, de linge, etc., et de frictionner avec force et rapidité l'abdomen de ce dernier; au bout de deux ou trois minutes, le malade se trouvait très-bien, et six ou huit minutes après, il était complétement débarrassé de ses douleurs. Il me déclara alors que ce n'était pas la première fois qu'il éprouvait des accès de coliques nerveuses, et que ces simples frictions l'avaient mieux débarrassé que tous les moyens qu'on avait employés auparavant contre cette affection. »

Ectropion (*Moyen de s'opposer à la formation de l'*) *dans les cas de pustule maligne, de brûlure ou sphacèle des paupières.* Tous les chirurgiens savent combien il est difficile de remédier à l'ectropion, même à l'aide de l'autoplastie aidée de la suture des paupières, lorsqu'il ne consiste pas en un simple renversement de la muqueuse, mais lorsqu'il est la conséquence d'une perte étendue de la paupière, comme cela a lieu après la pustule maligne, après certaines brûlures, ou une gangrène de cause quelconque. M. le docteur Debrou, d'Orléans, a pensé qu'il serait préférable, dans ce cas, d'éviter une opération aussi complexe et de prévenir la difformité que d'avoir à la réparer. Ce but serait sûrement atteint, suivant lui, en pratiquant la suture des paupières immédiatement après la chute des escarres, et en maintenant leur réunion pendant la formation des cicatrices, et assez de temps ensuite pour que le tissu inodulaire ait épuisé toute la durée de sa rétraction. La cause des ectropions, après la gangrène des paupières, venant de ce que les bords libres abandonnés à eux-mêmes vont se souder au bord cutané qui est resté sur la limite de la gangrène, si l'on s'oppose, dit-il, au déplacement de ces bords libres, ce que l'on obtient en les réunissant d'une manière fixe, on conserve aux paupières leur étendue normale, agissant alors de la même manière et avec le même avantage que quand on pratique cette suture pour assurer le succès de l'autoplastie. C'est donc simplement employer à prévenir la difformité un

moyen déjà usité pour la réparer ou la guérir.

Voici dans quelle circonstance M. Debrou a appliqué avec avantage ce procédé préventif :

Un homme de vingt-cinq ans, ouvrier mégissier, entre à l'Hôtel-Dieu d'Orléans le 7 novembre 1859, atteint d'un œdème malin des paupières. Une cautérisation avec la potasse caustique enraye les progrès de la maladie. Mais les escarres une fois détachées, il reste une plaie énorme de la paupière supérieure, et une seconde plaie un peu moins étendue à la paupière inférieure.

Le 5 décembre, quatre jours après l'entier détachement des escarres, M. Debrou procéda à la réunion des paupières. Voici quel était à ce moment l'état des parties. Le globe de l'œil était sain. La conjonctive qui le recouvre était seulement un peu rouge et boursouflée vers les angles. Les paupières étaient assez largement étalées pour recouvrir l'œil aisément en les rapprochant. La supérieure avait perdu sa peau depuis le sourcil jusqu'à 1 millimètre des cils, et depuis le tendon interne du muscle palpébral jusqu'au delà même de l'angle externe. La paupière inférieure conservait sa peau dans le cinquième de sa longueur environ vers l'angle interne. Cette paupière avait de très-faibles mouvements à peine visibles ; la supérieure, mobile dans une plus grande étendue, pouvait s'élever et s'abaisser. La conjonctive palpébrale était rouge et gonflée, ainsi que les bords ciliaires. Pour faire la suture, M. Debrou commença par passer des fils, au nombre de cinq, également espacés, de l'angle interne à l'angle externe des paupières, à l'aide d'une fine aiguille à coudre ordinaire ; ensuite il aviva les bords ciliaires à l'aide de petits ciseaux courbes; ses fils furent immédiatement serrés, en ayant la précaution de laisser un petit espace libre à chaque angle. Le lendemain 6 décembre, les deux paupières étaient gonflées et tuméfiées (5 sangsues). Le 7, gonflement diminué. Quelques brins de charpie sont introduits par l'angle interne, afin de faciliter la sortie des larmes et du mucus. — Le 8, on ôte les fils et on place sur les deux paupières deux bandelettes de linge imbibées de collodion pour maintenir le rapprochement établi. Le 10, on enlève les bandelettes ; la réunion est faite exactement partout, excepté aux deux angles. On passe de temps en temps un crayon de nitrate d'argent sur la surface des paupières.

Le 13 mars, M. Debrou détruit la suture. Voici quel était alors l'état des parties : Les paupières sont souples, unies, lisses et paraissent avoir leur épaisseur normale. Les cils sont droits et bien rangés. Le niveau de la suture est un peu plus élevé que ne l'est la jonction des deux paupières fermées de l'autre œil. Les larmes s'écoulent très-facilement par l'angle interne, par lequel on aperçoit un peu de la sclérotique, qui est blanche et non enflammée... Après six jours, les bords des paupières étaient complètement cicatrisés.

En résumé, ce jeune homme quitta l'hôpital le 2 mai dans l'état suivant : Les paupières sont souples, molles, d'une épaisseur normale. Toutes les cicatrices sont linéaires. Les paupières s'ouvrent et se ferment, en laissant seulement un léger intervalle de 1 à 2 millimètres, elles n'ont presque rien perdu de leurs dimensions et de leurs mouvements. (*Gaz. des hôpit.*, novembre 1860.)

Faradisation *dans les engorgements inflammatoires du col utérin.* Encouragé par quelques résultats avantageux qu'il a retirés de l'emploi de la faradisation dans le traitement des engorgements inflammatoires des articulations, M. Beau a eu l'idée d'essayer le même moyen dans les cas d'inflammation du col utérin. Voici de quelle manière il s'y est pris.

La femme est placée sur le bord du lit ou sur un fauteuil à exploration. On introduit un spéculum avec lequel on embrasse le col utérin, et on enlève soigneusement avec un pinceau de charpie toutes les mucosités qui baignent le fond du vagin. Cela fait, on applique sur le col utérin malade un excitateur à éponge qui, à cet effet, doit être long et mince ; on applique l'autre excitateur à éponge sur la région hypogastrique, et l'on met la machine en action. A l'instant même où l'appareil commence à fonctionner, ce dont on est averti par ce bruit continu que tout le monde connaît, la malade éprouve dans le bassin une sensation variable suivant les individus. Ordinairement c'est un sentiment de froid combiné avec un frémissement interne et profond, qui annonce que les parties malades sont pénétrées vivement par le fluide électrique. Cette sensation devient douloureuse et insupportable chez certaines femmes, si l'on augmente l'intensité de la faradisation. La malade est soumise à cette action

pendant cinq minutes, et on la répète ainsi tous les deux jours.

Voici ce qui a été observé sur une des femmes traitées par ce moyen. Cette femme, d'une belle constitution, avait été traitée par la cautérisation avec le nitrate d'argent, pour une affection ulcéreuse du col, sans aucun succès. Le traitement avait été continué depuis le mois de juillet jusqu'à la fin de septembre. A cette dernière époque, on remarqua sur le col utérin une ulcération occupant une grande partie de la lèvre supérieure; il y avait de plus hypertrophie notable du col avec écoulement muco-purulent fourni par l'orifice utérin. C'est dans cette situation morbide que la faradisation a été employée. On l'a commencée vers la fin de septembre. Après la première séance, on a constaté la disparition des douleurs que la malade ressentait depuis longtemps dans le bassin, et chaque fois on remarquait une amélioration de l'état du col utérin. Le 3 décembre, l'ulcération était entièrement cicatrisée, l'hypertrophie n'existait plus, et l'écoulement était réduit à une proportion si minime que la malade ne s'en apercevait plus. Enfin les fonctions gastriques, troublées par l'affection utérine, avaient repris leur première activité.

La faradisation a été appliquée aussi sur d'autres malades avec un résultat moins brillant, mais néanmoins satisfaisant. Il est de notre devoir d'ajouter que, dans quelques cas, ce mode de traitement nous a paru avoir des résultats négatifs. Ce n'est donc qu'avec une certaine réserve que nous le signalons à l'attention de nos lecteurs. Il mérite toutefois d'être essayé, sinon comme méthode nouvelle à substituer aux divers moyens usités dans la pratique, du moins comme un auxiliaire qui peut être utile dans quelques circonstances. (*Gaz. des hôpit.*, décembre 1860.)

Mort imminente (*Bons effets des frictions prolongées dans deux cas de*). Ce n'est quelquefois qu'au bout d'un long espace de temps qu'on parvient à ranimer la vie chez des personnes qui, frappées d'un accident grave au milieu de la santé, sont tombées dans une syncope prolongée, dans un état si semblable à la mort que la différence entre cet état et la mort elle-même ne se reconnaît que par le retour des phénomènes vitaux. Aussi ne doit-on pas désespérer dans les cas où il reste encore quelques indices de vie, si précaires qu'ils soient. C'est pour avoir agi de la sorte, que M. le docteur Pingault, professeur à l'école de médecine de Poitiers, a vu ses efforts récompensés par le succès, dans les deux cas suivants, qui méritent d'être offerts en exemple.

En juillet 1830, il fut appelé à donner des soins à un jeune homme qui venait de se battre en duel et avait une plaie pénétrante de la poitrine avec hémorrhagie interne. L'accident était arrivé à quatre heures du soir, et le blessé resta froid et sans parler jusqu'au lendemain matin à six heures; le cœur ne battait qu'à de longs intervalles et les battements étaient presque insensibles. Deux forts individus, placés de chaque côté de lui, ne cessèrent pas un moment de le frictionner pendant toute la nuit avec des serviettes très-chaudes qu'on leur passait à chaque instant; sous l'influence de ces frictions faites avec persévérance, pendant quatorze heures, les battements du cœur se rapprochèrent, prirent de la force, et le malheureux jeune homme fut sauvé.

En 1841, le même médecin fut mandé auprès d'une dame en travail d'accouchement. Elle avait une hémorrhagie abondante causée par une implantation centrale du placenta; de fréquentes syncopes étaient survenues et le pouls était à peine sensible. Sans perdre de temps, notre confrère perfora le placenta et termina l'accouchement en faisant la version. Immédiatement après, perte de connaissance, refroidissement général, pouls insensible, battements du cœur si faibles et tellement espacés qu'ils étaient presque inappréciables. Des frictions avec l'alcool chaud sur la région précordiale, des frictions avec des serviettes très-chaudes sur tout le corps, pratiquées sans cesse et avec activité pendant trois heures, parvinrent enfin à ranimer la vie, qui avait été si près de s'éteindre.

Nous rappellerons à ce sujet les bons effets qu'on peut obtenir, et dont nous avons donné des exemples, par l'emploi de deux moyens de stimulation bien autrement énergiques que les frictions, et qui d'ailleurs ne les excluent pas, savoir : l'application du marteau de Mayor sur les parois thoraciques et les lavements de vin et d'eau-de-vie. (*Bull. de la Soc. de méd. de Poitiers*, n° 28, 1860.)

Parasitisme. *Argas reflexus*,

nouveau parasite de l'homme. Les animaux offrent un assez grand nombre de parasites qui tantôt sont particuliers à certaines espèces bien déterminées, et tantôt, au contraire, attaquent des espèces différentes, souvent voisines, mais quelquefois très-éloignées. C'est ainsi qu'on a décrit plusieurs épizoaires d'animaux qui se sont développés sur l'homme, et alors, le plus ordinairement, c'est des animaux domestiques que proviennent ces parasites. M. A. Gerstaecker, qui s'est occupé de l'étude de cette question, vient de signaler un nouveau parasite de l'homme, l'*argas reflexus* (Latr.), acaride qui vit ordinairement sur les pigeons et les oiseaux de basse-cour, mais qui, dans quelques circonstances, se fixe sur notre espèce et y détermine des accidents analogues à ceux que provoque l'*argas persicus*. Cet acaride a le corps oblong, atténué en avant, et muni d'un appareil de succion qui lui permet de satisfaire facilement son goût pour le sang, goût qu'il partage avec la punaise et quelques autres insectes. Les piqûres, qui s'adressent plutôt à la peau des étrangers qu'à celle des habitants du pays, sont extrêmement douloureuses et peuvent même, dans certains cas, amener la mort par épuisement. Il est très-difficile de se débarrasser de ces hôtes incommodes ; mais comme, de même que beaucoup d'acarides, ils redoutent la lumière, le meilleur procédé pour éviter leurs atteintes est de coucher dans des chambres bien éclairées. (*Archiv für Pathologie* et *Gaz. hebdomad.*, novembre 1860.)

Polypes du rectum (*Sur une forme particulière de*) *et son traitement.* Rien de mieux connu aujourd'hui, et surtout des lecteurs de ce journal, que les polypes du rectum. Toutefois, la forme sur laquelle nous avons appelé leur attention est l'espèce pédiculée. Dans une récente discussion à la Société de chirurgie, M. Richet a rapporté un cas dans lequel il n'avait pas compté moins de 70 polypes, dont le volume variait d'un grain de millet à celui d'une groseille. En présence d'un tel nombre de tumeurs, le chirurgien ne put avoir recours à la ligature; il dut employer le broiement. A la suite de cette opération, l'hémorrhagie à laquelle ces polypes donnaient lieu cessa pendant quelques mois, mais plus tard elle reparut; alors M. Richet prit le parti d'introduire dans l'intestin un spéculum à développement, ce qui lui permit de mettre à nu la masse des tumeurs qui couvraient la muqueuse rectale. Il put alors les saisir avec des pinces, en tordre le pédicule pour les extraire, et cautériser immédiatement avec un stylet chauffé à blanc leur point d'implantation. Ces polypes multiples ont été examinés au microscope par M. Robin, qui les a trouvés formés par l'hypertrophie des follicules muqueux de la paroi rectale. Il n'est survenu aucun accident après cette opération, l'hémorrhagie ne s'est plus reproduite et le malade a parfaitement guéri ; il rend seulement encore de temps à autre un peu de sang, mais en quantité tout à fait insignifiante.

Depuis qu'il a pratiqué cette opération, M. Richet a vu un second malade qui était aussi tourmenté par des hémorrhagies rectales causées par des polypes; toutefois, la quantité de sang perdue était bien moins considérable chez ce second malade qui a refusé de se soumettre à l'opération proposée.

L'emploi de suppositoires dans lesquels on ferait entrer soit l'alun, soit le tannin, s'opposerait aux hémorrhagies et préviendrait la récidive de l'affection.

Tétanos *traité avec succès par les injections hypodermiques d'atropine.* Nous avons inséré récemment (voir le numéro du 15 novembre dernier) une observation de tétanos traité sans succès par le sulfate d'atropine en injections hypodermiques, par M. le docteur Benoît, de Giromagny. Dans une question aussi importante que celle du traitement d'une affection le plus souvent mortelle, on ne saurait s'entourer de trop de faits et de preuves; négatifs ou positifs, il nous paraît utile, jusqu'à ce que l'opinion des praticiens puisse être faite sur la valeur de la nouvelle méthode et surtout pour donner à cette opinion une base solide, de publier tous les faits à mesure qu'ils se produisent. C'est par cette considération que nous faisons suivre la communication de M. Benoît de la relation du fait suivant.

Au mois d'avril dernier, M. le docteur Fournier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Soissons, avait dans son service une femme qui avait été renversée par une voiture dont la roue lui avait fait une plaie au bord interne du pied gauche. Au bout de quelques jours, un

tissu cicatriciel commençait à se former, lorsque des douleurs plus vives se manifestèrent dans le membre lésé, et la malade fut prise bientôt d'un trismus très-évident. On eût recours alors, mais sans succès, à toute la série des antispasmodiques (opium, musc, camphre, chloroforme, etc). Les accidents tétaniques augmentèrent, et, trois jours après leur première apparition, il survint de la rigidité dans les muscles postérieurs du tronc, et un opisthotonos très-prononcé ne tarda pas à se manifester. M. Fournier songea alors au traitement par la belladone, et il injecta sous la peau avec la seringue Pravaz, sur le trajet des apophyses cervicales, 20 gouttes d'une solution de sulfate d'atropine (à 30 centigrammes pour 30 grammes d'eau); il renouvela cette injection dans l'après-midi. Il y eût de légers symptômes d'intoxication, et le lendemain à la visite il constata un amendement dans les accidents tétaniques. Le traitement par l'atropine fut continué; on injecta de nouveau 40 gouttes de sa solution : 20 sur le trajet des apophyses épineuses cervicales, 20 à la partie postérieure de la cuisse où la malade accusait de vives douleurs, et où l'on avait constaté de la contracture. La malade présenta les symptômes d'intoxication, et plus particulièrement de la sécheresse de la bouche et de la gorge, des hallucinations, etc. Elle sortit de cet état, qui dura quelques heures, avec une amélioration notable qui augmenta de jour en jour. Les dernières traces de tétanos ne tardèrent pas à disparaître. Il n'y eut pas de récidive. (*Gazette des hôp.*, septembre 1860.)

Transfusion (*Essais de*) *comme moyen de remédier à l'anémie, suite de suppurations prolongées*. Dans un travail publié l'année dernière, nous avons cherché à apprécier la valeur du secours que la transfusion pourrait apporter aux individus en proie à des syncopes provoquées par des hémorrhagies traumatiques. Les quelques faits connus nous ont montré que cette ressource extrême de l'art n'avait pas la valeur qui lui avait été attribuée par les chirurgiens du siècle dernier. Le nouveau mémoire de M. Neudœrfer vient à l'appui du jugement que nous avons porté sur la transfusion. Les expériences de l'auteur ont été faites à l'hôpital San-Spirito de Vérone, sur les blessés de l'armée autrichienne. Les sujets étaient tous dans des conditions entièrement désespérées, ils étaient réduits au dernier degré de marasme par des suppurations interminables, suite de blessures par armes à feu. La perte complète de l'appétit et du sommeil faisait du rétablissement par les ressources diététiques ordinaires une impossibilité.

La transfusion fut tentée avec toutes les précautions exigées; le sang était injecté défibriné et maintenu à une température convenable; sa quantité ne dépassait pas 3 ou 4 onces. Les cinq sujets qui subirent cette opération accusèrent une sensation agréable de chaleur, s'étendant du bras où se faisait l'injection vers la poitrine. Immédiatement après, l'état général présenta constamment une amélioration manifeste, le pouls prenait plus d'ampleur et de force; les malades jouissaient d'un sommeil réparateur, que les préparations narcotiques n'avaient pu leur procurer jusque-là, l'appétit se réveillait. L'amélioration de l'état général persista chez tous, pendant cinq à huit jours; elle eut même une durée de dix jours, à la suite de la deuxième transfusion, chez un sujet sur lequel cette opération fut répétée. Mais là s'arrête l'effet bienfaisant de la transfusion. A partir de ce moment, les malades retombèrent dans l'état désespéré qui avait motivé l'essai thérapeutique. Sur les cinq opérés, quatre moururent au bout de quatre semaines. Celui qui fut soumis deux fois à la transfusion survécut seul cinq semaines. La vie de tous ces malades ayant paru être prolongée de quelques jours au moins, M. Neudœrfer se proposait de poursuivre ses expériences, lorsqu'un sixième malade mourut peu après l'opération. Ce résultat funeste est rapporté par l'auteur à la nature du sang, pris sur un sujet qui se trouvait sous l'imminence d'un accès de goutte. M. Neudœrfer pense que le sang vicié par la diathèse d'acide urique a dû agir à la manière d'un poison.

Quoi qu'il en soit, ces cinq nouvelles tentatives, ajoutées aux deux essais connus, montrent qu'il n'est pas besoin d'un plus grand nombre d'expériences pour se prononcer sur l'inanité de ce moyen, appliqué du moins au traitement de l'anémie. Les lavements de vin, ceux de bouillon, et les frictions stimulantes, dont l'emploi peut être répété tant que l'indication persiste, sont des secours et plus efficaces et moins dangereux. (*Œsterr. Zeits. für pract. Heilkunde*, nos 8 et 9, 1860.)

VARIÉTÉS.

Un mot encore sur les compresseurs de l'urètre destinés au traitement de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants.

Dans la note que nous avons publiée sur ces instruments [1], nous avons eu moins pour but d'apprécier la valeur de la compression de l'urètre, appliquée au traitement de l'incontinence nocturne d'urine, que de démontrer que ce moyen thérapeutique figurait depuis de nombreuses années dans l'histoire de la science. Le hasard nous a fait citer principalement les passages des auteurs qui avaient préconisé les compresseurs intra-rectaux; aussi deux distingués confrères ont cru devoir appeler notre attention sur les compresseurs de la verge. Ces instruments nous étaient connus, puisque nous avons fait mention du plus vulgaire de tous, le compresseur de Nuck. Avant de faire profiter nos lecteurs de ces communications, nous devons dire un mot de l'historique de ces appareils.

Nuck se servait du compresseur qui porte son nom, et qu'il désigne par l'épithète de *postomis*, seulement pour parer aux inconvénients de l'incontinence d'urine. Il ne fait que mentionner la possibilité de cet usage. L'instrument, tel qu'il est dessiné dans son livre *De chirurgica et de Experimento*, est composé de deux étroites plaques d'acier réunies à l'une de leurs extrémités par une charnière et libres de l'autre; on fixe celles-ci à l'aide d'un tourillon semblable à ceux qu'on emploie pour fermer les bracelets des femmes.

La première mention de l'emploi de ce compresseur, dans le traitement de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants, se trouve dans le *Traité des maladies chirurgicales* de J.-L. Petit, chapitre des maladies où le cours de l'urine est affecté. Après avoir signalé les diverses causes qui peuvent produire l'incontinence chez l'homme et chez la femme, ce chirurgien examine celles qui peuvent déterminer l'affection chez les jeunes sujets. Il distingue trois espèces de malades : « 1° ceux qui sont paresseux de se lever pour pisser aux premiers avertissements; 2° ceux qui dorment si profondément que la sensation qui précède l'envie d'uriner n'est point assez forte pour les éveiller; il n'y a pour ainsi dire que le col de la vessie qui sente, et qui, accoutumé d'obéir à cette sensation, s'ouvre machinalement et laisse passer les urines sans que l'âme en soit avertie; 3° ceux qui rêvent pisser dans un pot de chambre, contre un mur ou autres lieux; ils sentent qu'ils ont envie d'uriner, et qu'ils pissent effectivement : ceux-là ne sont pas en grand nombre ou du moins il ne leur arrive pas souvent de faire de pareils rêves. »

Le célèbre chirurgien ne tire aucune indication de traitement de cette diversité de causes, et même, pour lui, l'incontinence n'est pas une maladie, mais une simple incommodité qui se guérit presque toujours d'elle-même, plus tôt ou plus tard, selon le soin que prennent les parents d'éviter que les enfants boivent le soir, ou de les réveiller à propos la nuit pour les faire pisser.

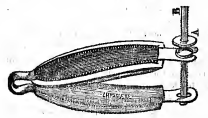
Petit raconte ensuite l'histoire d'un jeune garçon de neuf ans qui, chagrin de son indisposition, s'avisa de se lier la verge avec une ficelle; cette ligature amena des phénomènes d'étranglement qui nécessitèrent des débridements du fourreau de la verge; la suppuration s'établit, et vingt jours après l'enfant était guéri. « Ce qu'il y a de particulier, dit en terminant Petit, c'est que, dès la première nuit, il cessa de pisser au lit, et il n'y a pas pissé depuis. »

[1] Voir la livraison du 15 octobre dernier, p. 329.

L'auteur ajoute : « Les garçons ont un avantage, quand ils sont parvenus à l'âge d'avoir la verge assez longue pour qu'on puisse leur appliquer un petit instrument qu'on nomme *sphincter*. Cet instrument retient les urines, mais il faut avoir soin d'éveiller ceux à qui on l'a mis, pour lâcher le sphincter, les faire pisser et le remettre. Il tranquillise aussi les personnes chargées du soin des enfants, car, si attentives qu'elles soient, sans cet instrument, qui retient les urines, il leur arriverait souvent que, lorsqu'elles vont éveiller les enfants, ils auraient déjà uriné.

« Il faut être attentif à lâcher cet instrument à propos, et ne pas le laisser jusqu'à ce que la plénitude de la vessie éveille l'enfant, parce que les fibres de la vessie et celles du sphincter se trouveraient forcées, et, si pareille chose arrivait souvent, il pourrait s'ensuivre un écoulement involontaire d'urine, car cet instrument ne doit servir qu'au cas où la gouvernante tarderait trop à réveiller l'enfant pour le faire pisser ; et l'on s'en passerait, si on savait précisément l'instant où l'enfant doit pisser. Il est très-utile aux adultes, particulièrement aux vieillards, en un mot à tous ceux qui ont un écoulement d'urine nocturne. »

Pour J.-L. Petit, comme pour Desault, la compression n'est qu'un moyen palliatif. Ravaton est le seul qui lui accorde une valeur curative chez les enfants. « Les incontinences nocturnes d'urine récentes sont guéries en deux fois vingt-quatre heures, dit-il ; les plus anciennes en moins de trois semaines. » Si l'assertion de ce chirurgien n'a pas eu la portée qu'il en attendait, cela est dû surtout à l'absence de détails sur la durée de l'application du compresseur. Ainsi on vient de voir que Petit recommande d'enlever l'instrument avant que la plénitude de la vessie vienne éveiller l'enfant. Là est le motif de l'insuccès, et si Ravaton eût averti ses confrères que la guérison n'avait lieu qu'à la condition que l'enfant fût éveillé par le besoin d'uriner, les médecins n'eussent pas partagé la crainte, exprimée par J.-L. Petit, de voir la faiblesse du sphincter vésical augmenter, et les compresseurs fussent entrés dans la pratique.



Un chirurgien distingué de Paris, M. Jacquemin, nous a assuré avoir guéri plusieurs centaines d'enfants affectés d'incontinence nocturne d'urine à l'aide du compresseur de Nuck. Notre excellent confrère est médecin de la prison de Mazas, où l'on reçoit un grand nombre d'enfants ; ce sont surtout ces jeunes prisonniers qui lui ont fourni l'occasion de vérifier la valeur de ce traitement.

M. Jacquemin emploie de préférence l'instrument qu'on trouve dessiné dans les planches de J.-L. Petit ; il diffère du modèle de Nuck en ce que les deux plaques sont fermées par une crémaillère ; de cette façon on peut augmenter ou diminuer la compression à volonté. M. Charrière, dans le but de mieux graduer encore le degré de pression de la verge, a substitué un mouvement de pas de vis à cette crémaillère.

L'action du compresseur devant s'exercer spécialement sur le canal de l'urètre, J.-L. Petit faisait garnir la branche inférieure de manière qu'elle présentât une saillie. M. Charrière a supprimé cette saillie, afin d'alléger le plus possible le poids de l'instrument, et il incurve, à l'aide de la main, la partie moyenne de la branche supérieure. L'appareil, ainsi disposé, tient facilement en place et s'oppose à l'émission involontaire des urines. Quand les petits malades appartiennent aux classes aisées de la société, on peut leur faire construire ces instruments en aluminium, métal plus léger que le cuir et le carton.

M. Plouviez a eu l'ingénieuse idée d'adapter le caoutchouc vulcanisé à la compression de la verge [1]. Son appareil se compose d'un anneau formé par une bande de caoutchouc de deux ou trois lignes de largeur. Deux pelotes convexes sont fixées aux parties supérieure et inférieure; l'une est destinée à prendre son point d'appui sur le dos de la verge, l'autre à comprimer le canal de l'urètre au niveau de l'angle péno-scrotal. La pression, s'exerçant sur deux points très-limités, gêne peu la circulation; elle la laisse complétement libre sur les parties latérales : aussi l'emploi prolongé de cet anneau élastique est inoffensif. Dans les quelques cas où M. Plouviez a fait l'essai de son appareil, les petits malades ont pu en prolonger l'usage sans aucun inconvénient.

Ces appareils en caoutchouc, même vulcanisé, finissant par perdre de leur puissance de compression, j'ai prié M. Charrière de construire l'anneau en aluminium, et de tailler les pelotes dans un morceau de liége; de cette manière on obtient un compresseur on ne peut plus léger et offrant un degré d'action toujours le même, c'est-à-dire s'opposant sûrement à l'écoulement involontaire des urines.

M. Trousseau est le seul auteur qui ait donné le conseil de venir en aide au traitement pharmaceutique par l'emploi des compresseurs. Son avis est bon et les praticiens feront bien de le suivre; seulement les préparations de belladone qu'il préconise sont-elles bien les agents de la matière médicale qui conviennent le mieux à la guérison de l'incontinence nocturne d'urine? Nous ne le pensons pas. Il faut de trois à six mois d'usage de la belladone pour faire disparaître la maladie, tandis que l'emploi des compresseurs, lorsque ces instruments sont exactement appliqués, guérissent l'incontinence en moins de trois semaines. Nous préférerions donc voir prescrire le mastic, le lupulin ou le cubèbe, qui, lorsqu'ils réussissent, triomphent de l'incontinence dans le même laps de temps que les compresseurs. Le succès serait plus assuré, puisqu'on aurait deux actions simultanées au lieu de deux actions successives. Mais, pour obtenir des compresseurs tous les effets curatifs qu'ils peuvent donner, il ne faut pas retirer l'instrument toutes les cinq ou six heures, comme le conseille M. Trousseau, mais attendre que le besoin d'uriner se fasse sentir. En cela réside surtout la cause des succès de cette sorte de traitement.

L'Académie de médecine vient de renouveler son bureau. Sont nommés : *président*, M. Robinet; *vice-président*, M. Bouillaud; *secrétaire annuel*, M. Ch. Robin.

Notre savant confrère M. Longet, professeur de physiologie à la Faculté de

[1] Note sur un moyen d'empêcher sûrement l'écoulement de l'urine, dans l'incontinence chez l'homme. (Bulletin des travaux de la Société médico-pratique; Paris, 1856.)

médecine, vient d'être élu membre de l'Académie des sciences, dans la section de zoologie et d'anatomie comparée, en remplacement de M. Duméril.

M. le professeur Sédillot, médecin principal de première classe et directeur de l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg, vient d'être nommé au grade de médecin inspecteur. Cette élévation au plus haut grade de la hiérarchie de la médecine militaire est une juste récompense des longs et honorables services du savant chirurgien, en même temps qu'un témoignage de sollicitude du gouvernement pour le nouvel établissement d'instruction médicale.

Au moment où M. Ricord vient de quitter les hôpitaux, un grand nombre de ses anciens élèves et de ses amis ont eu la bonne pensée de lui offrir un banquet. Près de deux cents médecins, dont quelques-uns venaient des points les plus reculés de la France, se sont réunis dans le grand salon de l'hôtel du Louvre, pour fêter l'éminent syphiliographe. Un enseignement clinique qui, pendant trente années, a contribué à l'éclat de l'Ecole de Paris, méritait bien un tel témoignage de sympathie.

Voici la liste des lauréats de la Faculté de Montpellier : 1re année, M. Masse ; mention honorable, M. de Jollin ; 2e année, M. Mourgues ; 3e année, M. Grynfelt ; mention honorable, M. Mague.

Ont été nommés dans le corps des officiers de santé de la marine : au grade de médecin professeur, M. Ollivier ; au grade de chirurgien de première classe, MM. Amouretti, Bonnescuelle de Lespinois, Juvenal, Castel, Clouel, Bourgault.

Le concours des hôpitaux vient de se terminer par les nominations suivantes : *Internes :* MM. Lallement, Caulet, Gouraud, Blot, Thibault, Gentilhomme, Fernet, Cornil, Levi, Cazin, Ranvier, Chodovergne, Reliquet, Sottas, Tenneson, Bezançon, Charles, Négrié, Guérineau, Painetvin, Lemaire, Piedvache, Sorre, Béraud, Vast, Dunant, Bernadet, Meunier, Marcowitz, Rabbinowicz, Soudry, Verliac, Perret. — *Internes provisoires :* MM. Caresme, Danthon, Gingeot, Baluand, Moureton, Prod'homme, Thomas (Albert), Rocheton, Hennequin, Robertet, Bergeron (Jean-Henri), Decori, Guiraud, Jasseron, Pipet, Carle-Lacoste, Bouchercau, Gugenheim, Augros, Posada, Bonnet, Lefevre, Labeda, Jounin, Robert, Hallé, Fontan, Maurieet, Contesse, Casalis.

MM. les docteurs Muel et Guerrier viennent d'être mis à l'ordre du jour par le général commandant l'expédition de Chine. « L'ambulance, dit le général Montauban, a été, comme toujours, digne des plus grands éloges. »

M. A. Masson, professeur de physique au collége Louis-le-Grand et à l'Ecole centrale, vient de mourir à l'âge de cinquante-quatre ans. M. Masson, nous l'avons dit, est le physicien qui a produit les premières applications de l'électricité d'induction à la thérapeutique, et qui avait proposé pour ces essais un appareil très-ingénieux.

Pour les articles non signés : DEBOUT

TABLE DES MATIÈRES

DU CINQUANTE-NEUVIÈME VOLUME.

A

B

C

D

E

F

Q

R

S

V

W

Z



FIN DE LA TABLE DU TOME CINQUANTE-NEUVIÈME.

PARIS. — TYP. HENNUYER, RUE DU BOULEVARD DES BATIGNOLLES, 7.